"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 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2026 жылғы 4 қыркүйектегі № 104 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2026 жылғы 7 қыркүйекте № 39831 болып тіркелді

БҰЙЫРАМЫН:

1. "Қазақстан Республикасының 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 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 24082 болып тіркелген) мынадай өзгерістер және толықтырулар енгізілсін:

1-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

"1. Мыналар:

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

2) осы бұйрыққа 2-қосымшаға сәйкес биотесттерді алу актісінің нысаны;

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

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

5) осы бұйрыққа 5-қосымшаға сәйкес сынамаларды (ауаның, дәрілік нысандардың, стерильділікке) алу актісінің нысаны;

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

7) осы бұйрыққа 7-қосымшаға сәйкес зерттеулер жүргізуге тамақ (оның ішінде шикізат) және азық-түлік емес өнімдерді алу актісінің нысаны;

8) осы бұйрыққа 8-қосымшаға сәйкес радиоактивтілікті зерттеуге үлгілерді алу актісінің нысаны;

9) осы бұйрыққа 9-қосымшаға сәйкес дезинфекциялау заттарының сынамаларын алу актісінің нысаны;

10) осы бұйрыққа 10-қосымшаға сәйкес зоонозды және аса қауіпті инфекцияларға сыртқы орта сынамаларын алу актісінің нысаны;

11) осы бұйрыққа 11-қосымшаға сәйкес кенелердің сынамаларын алу актісінің нысаны;

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

13) осы бұйрыққа 13-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласында тергеп-тексеру тағайындау туралы актінің нысаны;

14) осы бұйрыққа 14-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру мерзімдерін ұзарту туралы актінің нысаны;

15) осы бұйрыққа 15-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру нәтижелері туралы актінің нысаны;

16) осы бұйрыққа 16-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алуды тағайындау туралы актінің нысаны;

17) осы бұйрыққа 17-қосымшаға сәйкес өнімді (тауарды) сатып алу актісінің нысаны;

18) осы бұйрыққа 18-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алу нәтижелері туралы актінің нысаны;

19) осы бұйрыққа 19-қосымшаға сәйкес вирусологиялық зерттеуге жолдаманың нысаны;

20) осы бұйрыққа 20-қосымшаға сәйкес дезинфекциялау камерасына жолдаманың нысаны;

21) осы бұйрыққа 21-қосымшаға сәйкес вирустық гепатиттердің маркерлеріне қанды зерттеуге жолдаманың нысаны;

22) осы бұйрыққа 22-қосымшаға сәйкес сынама үлгілерін вирусологиялық зерттеуге жолдаманың нысаны;

23) осы бұйрыққа 23-қосымшаға сәйкес материалды (зерттелушіден, науқас адамнан) қызылша мен қызамыққа зерттеуге жолдаманың нысаны;

24) осы бұйрыққа 24-қосымшаға сәйкес санитариялық-паразитологиялық зерттеуге жолдаманың нысаны;

25) осы бұйрыққа 25-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған материалды микробиологиялық зерттеуге жолдаманың нысаны;

26) осы бұйрыққа 26-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған материалды зерттеуге жолдаманың нысаны;

27) осы бұйрыққа 27-қосымшаға сәйкес материалды тырысқақ қоздырғышының болуына зерттеуге жолдаманың нысаны;

28) осы бұйрыққа 28-қосымшаға сәйкес материалды тырысқақ қоздырғышының болуына зерттеу нәтижесінің нысаны;

29) осы бұйрыққа 29-қосымшаға сәйкес тамақ өнімдерінің және азық-түлік шикізатының үлгілерін зерттеу хаттамасының нысаны;

30) осы бұйрыққа 30-қосымшаға сәйкес суды микробиологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;

31) осы бұйрыққа 31-қосымшаға сәйкес шайындыларды микробиологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;

32) осы бұйрыққа 32-қосымшаға сәйкес тамақ өнімдерін және азық-түлік шикізатын микробиологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;

33) осы бұйрыққа 33-қосымшаға сәйкес микробиологиялық зерттеу (ауаны, топырақты, дәрілік нысандарды және басқалар (керегін көрсетіңіз)) хаттамасының нысаны;

34) осы бұйрыққа 34-қосымшаға сәйкес тасымалдаушылыққа микробиологиялық зерттеу нәтижесінің нысаны;

35) осы бұйрыққа 35-қосымшаға сәйкес нәжісті бактериологиялық зерттеу нәтижесінің нысаны;

36) осы бұйрыққа 36-қосымшаға сәйкес мұнай өнімдерін қайта өңдеу үлгісін және арнайы сұйықтықтарды зерттеу хаттамасының нысаны;

37) осы бұйрыққа 37-қосымшаға сәйкес молекулалық-генетикалық сынақтарға шикізат пен тамақ өнімдерін зерттеу хаттамасының нысаны;

38) осы бұйрыққа 38-қосымшаға сәйкес тамақ өнімдерін иммундық-ферментті талдау (ИФТ) әдісімен зерттеу хаттамасының нысаны;

39) осы бұйрыққа 39-қосымшаға сәйкес зоонозды және аса қауіпті инфекцияларға микробиологиялық зерттеу нәтижесінің нысаны;

40) осы бұйрыққа 40-қосымшаға сәйкес азық-түлік емес өнімдер мен шикізат үлгісін зерттеу хаттамасының нысаны;

41) осы бұйрыққа 41-қосымшаға сәйкес аэроиондар шоғырлануын өлшеу хаттамасының нысаны;

42) осы бұйрыққа 42-қосымшаға сәйкес діріл деңгейлерін өлшеу хаттамасының нысаны;

43) осы бұйрыққа 43-қосымшаға сәйкес шу, дыбыс оқшаулау деңгейлерін өлшеу хаттамасының нысаны;

44) осы бұйрыққа 44-қосымшаға сәйкес электрмагниттік өрісті, инфрақызыл, ультракүлгін және лазерлік сәулеленуді өлшеу хаттамасының нысаны;

45) осы бұйрыққа 45-қосымшаға сәйкес өсімдік шаруашылығы өнімін нитраттардың болуына зерттеу хаттамасының нысаны;

46) осы бұйрыққа 46-қосымшаға сәйкес ауыл шаруашылығы өнімдерінің, тамақ өнімдерінің, судың, топырақтың, ауа ортасының үлгілерін (жоғары дәлдіктегі жабдықта) зерттеу хаттамасының нысаны;

47) осы бұйрыққа 47-қосымшаға сәйкес дезинфекциялау құралдарын зерттеу хаттамасының нысаны;

48) осы бұйрыққа 48-қосымшаға сәйкес (инфекция түріне) серологиялық зерттеулер нәтижесінің нысаны;

49) осы бұйрыққа 49-қосымшаға сәйкес үлгілерді санитариялық вирусологияға зерттеу хаттамасының нысаны;

50) осы бұйрыққа 50-қосымшаға сәйкес (инфекция түрі) үлгілерді зерттеу нәтижесінің нысаны;

51) осы бұйрыққа 51-қосымшаға сәйкес ағаш шикізаты мен ағаштан жасалған бұйымдардың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны;

52) осы бұйрыққа 52-қосымшаға сәйкес топырақтың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны;

53) осы бұйрыққа 53-қосымшаға сәйкес құрылыс материалдары мен бұйымдарының радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны;

54) осы бұйрыққа 54-қосымшаға сәйкес тыңайтқыштардың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны;

55) осы бұйрыққа 55-қосымшаға сәйкес қоршаған орта объектілерінің және өндіріс қалдықтарының радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны;

56) осы бұйрыққа 56-қосымшаға сәйкес судың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны;

57) осы бұйрыққа 57-қосымшаға сәйкес жұмыс орындарын дозиметриялық бақылау хаттамасының нысаны;

58) осы бұйрыққа 58-қосымшаға сәйкес дозиметриялық бақылау хаттамасының нысаны;

59) осы бұйрыққа 59-қосымшаға сәйкес атмосфералық ауаның және жауын-шашынның радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны;

60) осы бұйрыққа 60-қосымшаға сәйкес висцеральды және тері лейшманиозына зерттеу хаттамасының нысаны;

61) осы бұйрыққа 61-қосымшаға сәйкес емшек сүтін зерттеу хаттамасының нысаны;

62) осы бұйрыққа 62-қосымшаға сәйкес ашық түрдегі радиоактивті заттармен жұмыс кезіндегі дозиметриялық және радиометриялық өлшеулер хаттамасының нысаны;

63) осы бұйрыққа 63-қосымшаға сәйкес рентген кабинетіндегі рентген сәулесін дозиметриялық өлшеу хаттамасының нысаны;

64) осы бұйрыққа 64-қосымшаға сәйкес металды, металдан жасалған бұйымдарды және металл сынықтарын дозиметриялық бақылау хаттамасының нысаны;

65) осы бұйрыққа 65-қосымшаға сәйкес үй-жайлар ауасында радонның және оның ыдырау өнімдерінің болуын өлшеу хаттамасының нысаны;

66) осы бұйрыққа 66-қосымшаға сәйкес жеке дозаларды өлшеу хаттамасының нысаны;

67) осы бұйрыққа 67-қосымшаға сәйкес микробиологиялық зерттеу нәтижесінің нысаны;

68) осы бұйрыққа 68-қосымшаға сәйкес күлдің радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны;

69) осы бұйрыққа 69-қосымшаға сәйкес материалдардың, шикізаттардың, бұйымдардың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны;

70) осы бұйрыққа 70-қосымшаға сәйкес тамақ өнімдерінің радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны;

71) осы бұйрыққа 71-қосымшаға сәйкес отын - энергетикалық минералдық шикізаттың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны;

72) осы бұйрыққа 72-қосымшаға сәйкес адамды спектрометриялық өлшеу хаттамасының нысаны;

73) осы бұйрыққа 73-қосымшаға сәйкес жағындылар әдісімен алынатын ластануды зерттеу хаттамасының нысаны;

74) осы бұйрыққа 74-қосымшаға сәйкес радионуклидтік терапиядан кейін пациенттердің экспозициялық дозасының қуатына өлшеу жүргізу хаттамасының нысаны;

75) осы бұйрыққа 75-қосымшаға сәйкес дайын тағамдар мен жартылай фабрикаттарды зерттеу хаттамасының нысаны;

76) осы бұйрыққа 76-қосымшаға сәйкес елді мекендердің атмосфералық ауасының сынамасын алу және зерттеу хаттамасының нысаны;

77) осы бұйрыққа 77-қосымшаға сәйкес жабық үй-жайлар мен жұмыс аймағы ауасының сынамасын алу және зерттеу хаттамасының нысаны;

78) осы бұйрыққа 78-қосымшаға сәйкес жарықтандыруды өлшеу хаттамасының нысаны;

79) осы бұйрыққа 79-қосымшаға сәйкес метеорологиялық факторларды өлшеу хаттамасының нысаны;

80) осы бұйрыққа 80-қосымшаға сәйкес орталықтандырылған және орталықтандырылмаған сумен жабдықтаудың ауыз су үлгілерін зерттеу хаттамасының нысаны;

81) осы бұйрыққа 81-қосымшаға сәйкес жер үсті су объектілерінің және сарқынды су үлгілерін зерттеу хаттамасының нысаны;

82) осы бұйрыққа 82-қосымшаға сәйкес буынаяқтыларды энтомологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;

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

84) осы бұйрыққа 84-қосымшаға сәйкес перианалдық қатпардан алынған қырындыны зерттеу нәтижесінің нысаны;

85) осы бұйрыққа 85-қосымшаға сәйкес нәжісті, перианалдық қатпардан алынған қырындыларды паразитологиялық зерттеу нәтижесінің нысаны;

86) осы бұйрыққа 86-қосымшаға сәйкес қанды безгекке зерттеу нәтижесінің нысаны ;

87) осы бұйрыққа 87-қосымшаға сәйкес паразиттік ауруларды серологиялық зерттеулер нәтижесінің нысаны;

88) осы бұйрыққа 88-қосымшаға сәйкес санитариялық-паразитологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;

89) осы бұйрыққа 89-қосымшаға сәйкес топырақ үлгілерін зерттеу хаттамасының нысаны;

90) осы бұйрыққа 90-қосымшаға сәйкес дайын тағамдардың, рациондардың құнарлығын зерттеу хаттамасының нысаны;

91) осы бұйрыққа 91-қосымшаға сәйкес қоректік орталардың сапасын зерттеу хаттамасының нысаны;

92) осы бұйрыққа 92-қосымшаға сәйкес ауада радонның және оның ыдырауынан пайда болған өнімдердің болуын өлшеу (топырақ бетінен алынған радонның ағымдық тығыздығын өлшеу) хаттамасының нысаны;

93) осы бұйрыққа 93-қосымшаға сәйкес өнеркәсіп кәсіпорындарындағы өлшеулер хаттамасының нысаны;

94) осы бұйрыққа 94-қосымшаға сәйкес шаң үлгілерін зерттеу хаттамасының нысаны;

95) осы бұйрыққа 95-қосымшаға сәйкес әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттаманың нысаны;

96) осы бұйрыққа 96-қосымшаға сәйкес құқықтарды түсіндіру хаттамасының нысаны;

97) осы бұйрыққа 97-қосымшаға сәйкес адамдарды жұмыстан уақытша шеттету жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысының нысаны;

98) осы бұйрыққа 98-қосымшаға сәйкес инфекциялық және паразиттік аурулармен ауыратын науқаспен тығыз байланыста болған адамдарды жұмыстан (оқудан) уақытша шеттету туралы қаулының нысаны;

99) осы бұйрыққа 99-қосымшаға сәйкес бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау жөніндегі қызметін немесе оның жекелеген түрлерін (процестерін, іс-әрекеттерін) тоқтата тұру туралы жедел ден қою шарасын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысының нысаны;

100) осы бұйрыққа 100-қосымшаға сәйкес санитариялық-эпидемияға қарсы (қорытынды дезинфекциялау) және санитариялық-профилактикалық іс-шараларды жүргізу туралы қаулының нысаны;

101) осы бұйрыққа 101-қосымшаға сәйкес бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай профилактикалық бақылау нәтижелері бойынша анықталған бұзушылықтарды жою туралы ұсынымның нысаны;

102) осы бұйрыққа 102-қосымшаға сәйкес уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы Қазақстан Республикасының Бас мемлекеттік санитариялық дәрігерінің қаулысының нысаны;

103) осы бұйрыққа 103-қосымшаға сәйкес бақылау мен қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау жөніндегі қызметіне немесе оның жекелеген түрлеріне (процестеріне, іс-әрекеттеріне) тыйым салу туралы жедел ден қою шараларын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысының нысаны;

104) осы бұйрыққа 104-қосымшаға сәйкес Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін өнімді (тауарды) өткізуден алып қою және кері қайтарып алу туралы жедел ден қою шарасын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысының нысаны;

105) осы бұйрыққа 105-қосымшаға сәйкес адамдарды емдеуге жатқызуға жіберуді ұйымдастыру туралы жедел ден қою шараларын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысының нысаны;

106) осы бұйрыққа 106-қосымшаға сәйкес әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қаулының нысаны;

107) осы бұйрыққа 107-қосымшаға сәйкес заңдылықты бұзу жағдайларын, сондай-ақ әкімшілік құқық бұзушылық жасауға ықпал ететін себептер мен жағдайларды жою бойынша шаралар қабылдау туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің жеке ұсынуының нысаны;

108) осы бұйрыққа 108-қосымшаға сәйкес уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы Қазақстан Республикасының Бас мемлекеттік санитариялық дәрігерінің қаулыларын тіркеу журналының нысаны;

109) осы бұйрыққа 109-қосымшаға сәйкес бақылау мен қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау жөніндегі қызметіне немесе оның жекелеген түрлеріне (процестеріне, іс-әрекеттеріне) тыйым салу туралы жедел ден қою шараларын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналының нысаны;

110) осы бұйрыққа 110-қосымшаға сәйкес санитариялық-эпидемияға қарсы (қорытынды дезинфекциялау) және санитариялық-профилактикалық іс-шараларды

жүргізу туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналының нысаны;

111) осы бұйрыққа 111-қосымшаға сәйкес бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай профилактикалық бақылауды тіркеу журналының нысаны;

112) осы бұйрыққа 112-қосымшаға сәйкес адамдарды жұмыстан уақытша шеттету жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналының нысаны;

113) осы бұйрыққа 113-қосымшаға сәйкес бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау жөніндегі қызметін немесе оның жекелеген түрлерін (процестерін, іс-әрекеттерін) тоқтата тұру туралы жедел ден қою шараларын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналының нысаны;

114) осы бұйрыққа 114-қосымшаға сәйкес Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін өнімді (тауарды) өткізуден алып қою және кері қайтарып алу жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналының нысаны;

115) осы бұйрыққа 115-қосымшаға сәйкес адамдарды емдеуге жатқызуға жіберуді ұйымдастыру жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналының нысаны;

116) осы бұйрыққа 116-қосымшаға сәйкес әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша іс жүргізуді қарауды тоқтату туралы қаулыларды тіркеу журналының нысаны ;

117) осы бұйрыққа 117-қосымшаға сәйкес кәсіптік аурулар мен уланулардыі тіркеу журналының нысаны;

118) осы бұйрыққа 118-қосымшаға сәйкес тамақтан улануды тіркеу журналының нысаны;

119) осы бұйрыққа 119-қосымшаға сәйкес қоршаған ортадан алынған үлгілерді серологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

120) осы бұйрыққа 120-қосымшаға сәйкес дайындалған қоректік орталарды стерильдеуді тіркеу журналының нысаны;

121) осы бұйрыққа 121-қосымшаға сәйкес өлшеу құралдары мен сынақ жабдығына техникалық қызмет көрсетуді тіркеу журналының нысаны;

122) осы бұйрыққа 122-қосымшаға сәйкес медициналық иммундық-биологиялық препараттарды есепке алу журналының нысаны;

123) осы бұйрыққа 123-қосымшаға сәйкес судың үлгілерін (жоғары дәлдіктегі жабдықта) зерттеу нәтижелерін есепке алу журналының нысаны;

124) осы бұйрыққа 124-қосымшаға сәйкес дозаторларды калибрлеуді тіркеу журналының нысаны;

125) осы бұйрыққа 125-қосымшаға сәйкес (заттың, өнімнің атауы) (тамақ өнімдері, топырақ, ағаш шикізаты, көмір, минералды шикізат, ойыншықтар, жиһаз өнімі, автомобиль жолдарын салу және жөндеу кезінде пайдаланылатын материалдардың және тағы басқалардың атауы) радиоактивтілігін зерттеуді тіркеу журналының нысаны;

126) осы бұйрыққа 126-қосымшаға сәйкес тамақ өнімдеріндегі микробтық трансглутаминазаны анықтау бойынша зерттеулерді тіркеу нысаны;

127) осы бұйрыққа 127-қосымшаға сәйкес тамақ өнімдеріндегі құрғақ сүттің массалық шоғырлануын анықтау бойынша зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

128) осы бұйрыққа 128-қосымшаға сәйкес таразыларды калибрлеуді тіркеу журналының нысаны;

129) осы бұйрыққа 129-қосымшаға сәйкес дистилденген судың сапасын бақылауды тіркеу журналының нысаны;

130) осы бұйрыққа 130-қосымшаға сәйкес қоршаған орта параметрлерін бақылауды тіркеу журналының нысаны;

131) осы бұйрыққа 131-қосымшаға сәйкес бу және ауа стерилизаторларын, құрғақ ыстық ауалы шкафтарды (автоклавтарды) және дезинфекциялау камераларын бақылауды тіркеу журналының нысаны;

132) осы бұйрыққа 132-қосымшаға сәйкес pH метрді калибрлеуді тіркеу журналының нысаны;

133) осы бұйрыққа 133-қосымшаға сәйкес термостаттың температурасын бақылауды тіркеу журналының нысаны;

134) осы бұйрыққа 134-қосымшаға сәйкес центрифуганы қосуды және стерильдеуді тіркеу журналының нысаны;

135) осы бұйрыққа 135-қосымшаға сәйкес зертханалық ыдыстарды стерильдеуді тіркеу журналының нысаны;

136) осы бұйрыққа 136-қосымшаға сәйкес зертханааралық салыстыру сынақтары және сапаны сырттай бағалау бойынша сынамаларды тіркеу журналының нысаны;

137) осы бұйрыққа 137-қосымшаға сәйкес зертханадағы аварияны тіркеу журналының нысаны;

138) осы бұйрыққа 138-қосымшаға сәйкес емшек сүтін микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

139) осы бұйрыққа 139-қосымшаға сәйкес парфюмерлік-косметикалық өнімдерді микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

140) осы бұйрыққа 140-қосымшаға сәйкес тамақ және мал шаруашылығы өнімдерінде гормондардың қалдық мөлшерін анықтау бойынша микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

141) осы бұйрыққа 141-қосымшаға сәйкес жеке гигиена құралдарын микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

142) осы бұйрыққа 142-қосымшаға сәйкес балалар мен жасөспірімдерге арналған өнімдерді микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

143) осы бұйрыққа 143-қосымшаға сәйкес ойыншықтарды микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

144) осы бұйрыққа 144-қосымшаға сәйкес бактерияларға қарсы препараттарға (сыртқы ортадан бөлінген өсірінділерге) сезімталдықты анықтауды тіркеу журналының нысаны;

145) осы бұйрыққа 145-қосымшаға сәйкес қанды ішсүзегі, А және В паратифі қоздырғышын анықтауға микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

146) осы бұйрыққа 146-қосымшаға сәйкес висцеральды және тері лейшманиозына зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

147) осы бұйрыққа 147-қосымшаға сәйкес металды, металдан жасалған бұйымдарды және метал сынықтарын зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

148) осы бұйрыққа 148-қосымшаға сәйкес мұнай өнімдерін қайта өңдеу мен арнайы сұйықтықтар үлгілерін зерттеу нәтижелерін тіркеу және беру журналының нысаны;

149) осы бұйрыққа 149-қосымшаға рентгенология (сәулелік диагностика және терапия) кабинеттеріндегі дозиметриялық бақылауды тіркеу журналының нысаны;

150) осы бұйрыққа 150-қосымшаға сәйкес экспресс-зерттеу нәтижелерін тіркеу және беру журналының нысаны;

151) осы бұйрыққа 152-қосымшаға сәйкес сынаққа жарамсыз сынамаларды (үлгілерді) тіркеу (бракераж) журналының нысаны;

152) осы бұйрыққа 152-қосымшаға сәйкес сәйкессіздіктерді және түзету іс-қимылдарын жүргізу жөніндегі іс-шараларды тіркеу журналының нысаны;

153) осы бұйрыққа 153-қосымшаға сәйкес бактерицидтік шамның жұмыс істеген уақытын есепке алу журналының нысаны;

154) осы бұйрыққа 154-қосымшаға сәйкес тоңазыту жабдығының, тоңазыту және мұздату бөлмелерінің немесе камераларының температуралық режимін есепке алу журналының нысаны;

155) осы бұйрыққа 155-қосымшаға сәйкес тазалау жүргізуді тіркеу журналының нысаны;

156) осы бұйрыққа 156-қосымшаға сәйкес медициналық қалдықтарды күнделікті есепке алу журналының нысаны;

157) осы бұйрыққа 157-қосымшаға сәйкес өнім берушілер мен олар жеткізетін өнімді есепке алу, бағалау журналының нысаны;

158) осы бұйрыққа 158-қосымшаға сәйкес иондаушы сәулелену көздерін пайдаланатын шаруашылық жүргізуші субъектілерді және радиоактивті заттардың қозғалысын есепке алу журналының нысаны;

159) осы бұйрыққа 159-қосымшаға сәйкес жеке дозиметрия нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;

160) осы бұйрыққа 160-қосымшаға сәйкес полимеразды-тізбекті реакция (ПТР) әдісімен генетикалық түрлендірілген объектілердің (ГТО) болуына шикізат пен тамақ өнімдерінің үлгілерін зерттеулерді тіркеу және олардың нәтижелерін беру журналының нысаны;

161) осы бұйрыққа 161-қосымшаға сәйкес москит имаголары санының маусымдық серпінін есепке алу журналының нысаны;

162) осы бұйрыққа 162-қосымшаға сәйкес аумақтардағы барлап зерттеп-қарау нәтижелері бойынша кене энцефалитін тасымалдаушы иксод кенелердің санын есепке алу журналының нысаны;

163) осы бұйрыққа 163-қосымшаға сәйкес қансорғыш буынаяқтылардың дернәсілдерімен және имагосымен күрес бойынша жұмыстарды есепке алу журналының нысаны;

164) осы бұйрыққа 164-қосымшаға сәйкес экстенсивті зерттеп-қарау (жаппай аулау) нәтижелері бойынша жәндіктер санын есепке алу журналының нысаны;

165) осы бұйрыққа 165-қосымшаға сәйкес Анофелес дәрнәсілдері санының маусымдық серпінін тіркеу журналының нысаны;

166) осы бұйрыққа 166-қосымшаға сәйкес қансорғыш буынаяқтылардың түрлік құрамын зерделеу нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;

167) осы бұйрыққа 167-қосымшаға сәйкес жәндіктер мен кенелердің шағуына (шабуылына) байланысты жүгінген адамдарды тіркеу журналының нысаны;

168) осы бұйрыққа 168-қосымшаға сәйкес тамақ өнімдерінің үлгісін тіркеу және (жоғары дәлдіктегі жабдықта) зерттеу нәтижелерін беру журналының нысаны;

169) осы бұйрыққа 169-қосымшаға сәйкес дайын тағамдардың үлгілерін және рациондардың құнарлығын зерттеу нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;

170) осы бұйрыққа 170-қосымшаға сәйкес жер үсті су объектілері суының және сарқынды сулардың үлгілерін зерттеу нәтижелерін есепке алу журналының нысаны;

171) осы бұйрыққа 171-қосымшаға сәйкес орталықтандырылған және орталықтандырылмаған сумен жабдықтаудың ауыз су үлгілерін зерттеу нәтижелерін есепке алу журналының нысаны;

172) осы бұйрыққа 172-қосымшаға сәйкес топырақ үлгілерін және зерттеу нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;

173) осы бұйрыққа 173-қосымшаға сәйкес елді мекендердің атмосфералық ауа үлгілерін алуды және зерттеуді тіркеу журналының нысаны;

174) осы бұйрыққа 174-қосымшаға сәйкес жабық үй-жайлардың және жұмыс аймағының ауа үлгісін және оны зерттеу нәтижелерін беруді тіркеу журналының нысаны;

175) осы бұйрыққа 175-қосымшаға сәйкес дезинфекциялау құралдарының үлгілерін және оларды зерттеу нәтижелерін (әсер ететін заттың болуы) беруді тіркеу журналының нысаны;

176) осы бұйрыққа 176-қосымшаға сәйкес токсикологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

177) осы бұйрыққа 177-қосымшаға сәйкес азық-түлік емес өнімдер мен шикізат үлгісін зерттеуді тіркеу журналының нысаны;

178) осы бұйрыққа 178-қосымшаға сәйкес тамақ өнімдерінің және қоршаған орта объектілерінің үлгілерін пестицидтердің, пестицидтердің әсер етуші заттарының және минералдық тыңайтқыштардың қалдық мөлшеріне зерттеу нәтижелерін тіркеу және есепке алу журналының нысаны;

179) осы бұйрыққа 179-қосымшаға сәйкес жарықтандыруды өлшеуді және зерттеу нәтижелерін беруді тіркеу журналының нысаны;

180) осы бұйрыққа 180-қосымшаға сәйкес шуды, дыбыс оқшауалануын, инфрадыбысты, ультрадыбыстарды және дірілді өлшеуді тіркеу журналының нысаны;

181) осы бұйрыққа 181-қосымшаға сәйкес электрмагниттік өрісті (ЭМӨ), инфрақызыл, ультракүлгін және лазерлік сәулеленуді өлшеуді тіркеу журналының нысаны;

182) осы бұйрыққа 182-қосымшаға сәйкес радиоактивтілікті зерттеуге түсетін үлгілерді және оларды зерттеу нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;

183) осы бұйрыққа 183-қосымшаға сәйкес радиометриялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

184) осы бұйрыққа 184-қосымшаға сәйкес радиохимиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

185) осы бұйрыққа 185-қосымшаға сәйкес радиациялық бақылауды және зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

186) осы бұйрыққа 186-қосымшаға сәйкес жергілікті жердің гамма-фонын тіркеу журналының нысаны;

187) осы бұйрыққа 187-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған материал үлгілерін тіркеу журналының нысаны;

188) осы бұйрыққа 188-қосымшаға сәйкес ішек инфекциялары тобын микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

189) осы бұйрыққа 189-қосымшаға сәйкес стафилококка микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

190) осы бұйрыққа 190-қосымшаға сәйкес дифтерияға микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

191) осы бұйрыққа 191-қосымшаға сәйкес кенелердің, жәндіктердің түрлік тиістілігін анықтауды тіркеу журналының нысаны;

192) осы бұйрыққа 192-қосымшаға сәйкес көкжөтел мен көкжөтелге ұқсас ауруларды микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

193) осы бұйрыққа 193-қосымшаға сәйкес менингококкқа микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

194) осы бұйрыққа 194-қосымшаға сәйкес тамақ өнімдерінің үлгілерін микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

195) осы бұйрыққа 195-қосымшаға сәйкес су үлгілерінің микробиологиялық зерттеулерін тіркеу журналының нысаны;

196) осы бұйрыққа 196-қосымшаға сәйкес топырақ үлгілерінің микробиологиялық зерттеулерін тіркеу журналының нысаны;

197) осы бұйрыққа 197-қосымшаға сәйкес шайындылардың микробиологиялық зерттеулерін тіркеу журналының нысаны;

198) осы бұйрыққа 198-қосымшаға сәйкес ауа үлгілерінің микробиологиялық зерттеулерін тіркеу журналының нысаны;

199) осы бұйрыққа 199-қосымшаға сәйкес дәрілік (дәріханалық) нысандардың микробиологиялық зерттеулерін тіркеу журналының нысаны;

200) осы бұйрыққа 200-қосымшаға сәйкес стерильділікке микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

201) осы бұйрыққа 201-қосымшаға сәйкес жұқпалы материалдар қозғалысын есепке алу журналының нысаны;

202) осы бұйрыққа 202-қосымшаға сәйкес бөлінген өсірінділерді және оларды жоюды есепке алу журналының нысаны;

203) осы бұйрыққа 203-қосымшаға сәйкес зерттеуге түскен өсірінділерді тіркеу журналының нысаны;

204) осы бұйрыққа 204-қосымшаға сәйкес өсірінділер мен уыттарды ұйымнан тыс босатуды есепке алу журналының нысаны;

205) осы бұйрыққа 205-қосымшаға сәйкес қоректік ортаны дайындау және бақылауды тіркеу журналының нысаны;

206) осы бұйрыққа 206-қосымшаға сәйкес мұражайлық өсірінділер қозғалысын есепке алу журналының нысаны;

207) осы бұйрыққа 207-қосымшаға сәйкес режимдік зертханаға келушілерді тіркеу журналының нысаны;

208) осы бұйрыққа 208-қосымшаға сәйкес қоршаған ортадан алынған үлгілерді тіркеу және зерттеу нәтижелерін беру журналының нысаны;

209) осы бұйрыққа 209-қосымшаға сәйкес консервілердің микробиологиялық зерттеулерін тіркеу журналының нысаны;

210) осы бұйрыққа 210-қосымшаға сәйкес пайдаланылған материалды зарарсыздандыруды тіркеу журналының нысаны;

211) осы бұйрыққа 211-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған үлгілерді тіркеу мен оларды аса қауіпті және зоонозды инфекцияларға серологиялық зерттеудің нәтижелерін беру журналының нысаны;

212) осы бұйрыққа 212-қосымшаға сәйкес биологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

213) осы бұйрыққа 213-қосымшаға сәйкес иммундық-биологиялық препараттардың белсенділігін бақылау журналының нысаны;

214) осы бұйрыққа 214-қосымшаға сәйкес дезинфекциялау сапасын (шайындыларды) зертханаішілік бақылау журналының нысаны;

215) осы бұйрыққа 215-қосымшаға сәйкес ауаны зертханаішілік бақылауды тіркеу журналының нысаны;

216) осы бұйрыққа 216-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған үлгілердің серологиялық зерттеулерін тіркеу журналының нысаны;

217) осы бұйрыққа 217-қосымшаға сәйкес (инфекция түріне) адамдардан алынған материал үлгілерінің микробиологиялық зерттеулерін тіркеу журналының нысаны;

218) осы бұйрыққа 218-қосымшаға сәйкес зерттеуге арналған үлгілерді тіркеу (инфекция түріне) журналының нысаны;

219) осы бұйрыққа 219-қосымшаға сәйкес шетелден өсірінділер алуды тіркеу журналының нысаны;

220) осы бұйрыққа 220-қосымшаға сәйкес (инфекция түріне) қарсы иммунитетті анықтауға арналған үлгілерді тіркеу журналының нысаны;

221) осы бұйрыққа 221-қосымшаға сәйкес вирустық гепатиттерге серологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

222) осы бұйрыққа 222-қосымшаға сәйкес штаммдарды сәйкестендіру нәтижелерін есепке алу журналының нысаны;

223) осы бұйрыққа 223-қосымшаға сәйкес (инфекция түріне) вирусологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

224) осы бұйрыққа 224-қосымшаға сәйкес тін өсіріндісінде жүргізілген серологиялық зерттеулердің нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;

225) осы бұйрыққа 225-қосымшаға сәйкес паразиттік аурулар қоздырғыштарына зерттеп-қаралатын адамдарды тіркеу журналының нысаны;

226) осы бұйрыққа 226-қосымшаға сәйкес инфекциялық аурулар ошақтарындағы дезинфекциялық іс-шараларды есепке алу журналының нысаны;

227) осы бұйрыққа 227-қосымшаға сәйкес жұмсақ мүкәммалды (киімдер мен төсек орын жабдықтары) камералық өңдеуді тіркеу журналының нысаны;

228) осы бұйрыққа 228-қосымшаға сәйкес санитариялық-паразитологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

229) осы бұйрыққа 229-қосымшаға сәйкес үй шаңы кенелерінің болуына үй шаңының, мамықтан және қауырсыннан жасалған бұйымдардың үлгілерін зерттеуді тіркеу журналының нысаны;

230) осы бұйрыққа 230-қосымшаға сәйкес паразиттік ауруларға серологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

231) осы бұйрыққа 231-қосымшаға сәйкес биосынамалы жануарларды тіркеу журналының нысаны;

232) осы бұйрыққа 232-қосымшаға сәйкес адамдардан бруцеллезге (гемоөсірінді) алынған үлгілерді тіркеу және оларды зерттеу нәтижелерін беру журналының нысаны;

233) осы бұйрыққа 233-қосымшаға сәйкес қызылшаға/қызамыққа серологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

234) осы бұйрыққа 234-қосымшаға сәйкес (инфекция түріне) люминесценттік зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

235) осы бұйрыққа 235-қосымшаға сәйкес санитариялық вирусологияға зерттеуге алынған үлгілерді тіркеу журналының нысаны;

236) осы бұйрыққа 236-қосымшаға сәйкес бруцеллез қоздырғышының бөлінуін және бөлінген өсірінділерін сәйкестендіруді тіркейтін жұмыс журналының нысаны;

237) осы бұйрыққа 237-қосымшаға сәйкес сыртқы орта объектілерінің үлгілерін иммундық-ферментті талдау (ИФТ) әдісімен зерттеуді тіркейтін жұмыс журналының нысаны;

238) осы бұйрыққа 238-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған материал үлгілерін иммундық-ферментті талдау (ИФТ) әдісімен зерттеуді тіркейтін жұмыс журналының нысаны;

239) осы бұйрыққа 239-қосымшаға сәйкес сібір жарасына микробиологиялық зерттеулерді тіркейтін жұмыс журналының нысаны;

240) осы бұйрыққа 240-қосымшаға сәйкес пастереллезге микробиологиялық зерттеулерді тіркейтін жұмыс журналының нысаны;

241) осы бұйрыққа 241-қосымшаға сәйкес молекулалық-генетикалық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

242) осы бұйрыққа 242-қосымшаға сәйкес сыртқы орта объектілерінен алынған үлгілерді молекулалық-генетикалық зерттеуді тіркеу және нәтижелерін беру журналының нысаны;

243) осы бұйрыққа 243-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған үлгілерді молекулалық-генетикалық зерттеуді тіркеу және нәтижелерін беру журналының нысаны;

244) осы бұйрыққа 244-қосымшаға сәйкес зооноздық инфекцияларға микробиологиялық зерттеулерді тіркейтін жұмыс журналының нысаны;

245) осы бұйрыққа 245-қосымшаға сәйкес туляремияға микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

246) осы бұйрыққа 246-қосымшаға сәйкес тырысқақ қоздырғышының болуына сыртқы орта объектілерінің үлгілерін және зерттеу нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;

247) осы бұйрыққа 247-қосымшаға сәйкес сынамаларды қабылдау және үлгілерді тіркеу журналының нысаны;

248) осы бұйрыққа 248-қосымшаға сәйкес тырысқақтың бөлінген өсірінділерінің сипаттамасын есепке алуды тіркеу журналының нысаны;

249) осы бұйрыққа 249-қосымшаға сәйкес тырысқақ қоздырғышының болуына адамдардан алынған материал үлгілерін және зерттеу нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;

250) осы бұйрыққа 250-қосымшаға сәйкес аэроиондар шоғырлануын өлшеулерді тіркеу журналының нысаны;

251) осы бұйрыққа 251-қосымшаға сәйкес тамақтан уланулардың микробиологиялық зерттеулерді тіркейтін жұмыс журналының нысаны;

252) осы бұйрыққа 252-қосымшаға сәйкес тамақтан уланулардың микробиологиялық зерттеулерді (ботулотоксинге зерттеулерді) тіркеу журналының нысаны;

253) осы бұйрыққа 253-қосымшаға сәйкес тамақтан уланулардың микробиологиялық зерттеулерді (ботулизм қоздырғышына зерттеулерді) тіркейтін жұмыс журналының нысаны;

254) осы бұйрыққа 254-қосымшаға сәйкес иерсиниозға микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

255) осы бұйрыққа 255-қосымшаға сәйкес мал шаруашылығы өнімдеріндегі антибиотиктердің қалдық мөлшерін анықтау бойынша микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

256) осы бұйрыққа 256-қосымшаға сәйкес тамақ және мал шаруашылығы өнімдеріндегі бактерияға қарсы препараттардың қалдық мөлшерін анықтау бойынша зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

257) осы бұйрыққа 257-қосымшаға сәйкес қанды стерилділікке микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

258) осы бұйрыққа 258-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған клиникалық материалды (антибиотикке сезімталдыққа) зерттеу сынамаларын есепке алу және тіркеу журналының нысаны;

259) осы бұйрыққа 259-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған клиникалық материалды (дисбактериозға) зерттеу сынамаларын тіркеу журналының нысаны;

260) осы бұйрыққа 260-қосымшаға сәйкес өсімдік шаруашылығы өнімдерінің үлгілерін тіркеу және құрамында нитраттардың болуына зерттеу нәтижелерін есепке алу журналының нысаны;

261) осы бұйрыққа 261-қосымшаға сәйкес безгекке зерттеп-қаралатын адамдарды тіркеу журналының нысаны;

262) осы бұйрыққа 262-қосымшаға сәйкес паразитологиялық зертханалардағы зертханаішілік бақылауды (шайындыларды) тіркеу журналының нысаны;

263) осы бұйрыққа 263-қосымшаға сәйкес гнус имагосы санының серпінін есепке алу журналының нысаны;

264) осы бұйрыққа 264-қосымшаға сәйкес гнус дернәсілдері санының маусымдық серпінін есепке алу журналының нысаны;

265) осы бұйрыққа 265-қосымшаға сәйкес кенелер имагосы санының серпінін есепке алу журналының нысаны;

266) осы бұйрыққа 266-қосымшаға сәйкес энтомофаунаны және кенелерді фенологиялық бақылауды есепке алу журналының нысаны;

267) осы бұйрыққа 267-қосымшаға сәйкес аса қауіпті инфекциялар қоздырғыштарына дезинфекциялау құралдарының микробқа қарсы белсенділігінің сынақтарын тіркеу журналының нысаны;

268) осы бұйрыққа 268-қосымшаға сәйкес метеорологиялық факторларды өлшеу және зерттеу нәтижелерін беруді тіркеу журналының нысаны;

269) осы бұйрыққа 269-қосымшаға сәйкес жануарлардың тістеуінен, сілекейінің жұғуынан, тырнауынан зардап шеккен адамдарды тіркеу журналының нысаны;

270) осы бұйрыққа 270-қосымшаға сәйкес сүтқоректілерді тарағанда түскен эктопаразиттерді тіркеу журналының нысаны;

271) осы бұйрыққа 271-қосымшаға сәйкес дефектоскоптарды, иондаушы сәулелену көздерін және спектрометрлерді дозиметриялық бақылауды есепке алу журналының нысаны;

272) осы бұйрыққа 272-қосымшаға сәйкес мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау органдарының инфекциялық және паразиттік ауруларды есепке алу журналының нысаны;

273) осы бұйрыққа 273-қосымшаға сәйкес спектрометриялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

274) осы бұйрыққа 274-қосымшаға сәйкес өнеркәсіптік объектілерді зерттеп-қарауды тіркеу журналының нысаны;

275 осы бұйрыққа 275-қосымшаға сәйкес рентген кабинеттерінде жүргізілген өлшеулерді тіркеу журналының нысаны;

276) осы бұйрыққа 276-қосымшаға сәйкес қоршау конструкцияларының дыбыс оқшаулауын өлшеуді тіркеу журналының нысаны;

277) осы бұйрыққа 277-қосымшаға сәйкес әкімшілік құқық бұзушылықтар туралы хаттамаларды тіркеу журналының нысаны;

278) осы бұйрыққа 278-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексерулерді есепке алу журналының нысаны;

279) осы бұйрыққа 279-қосымшаға сәйкес ұсақ сүтқоректілердің санын есепке алудың далалық журналының нысаны;

280) осы бұйрыққа 280-қосымшаға сәйкес кәсіптік ауруды (улануларды) есепке алу картасының нысаны;

281) осы бұйрыққа 281-қосымшаға сәйкес инфекциялық және паразиттік ауру ошағын эпидемиологиялық зерттеп-қарау картасының нысаны;

282) осы бұйрыққа 282-қосымшаға сәйкес зоонозды ауру ошағын эпизоотологиялық-эпидемиологиялық зерттеп-қарау картасының нысаны;

283) осы бұйрыққа 283-қосымшаға сәйкес туберкулездің бациллалық түрінің ошағын эпидемиологиялық зерттеп-қарау картасының нысаны;

284) осы бұйрыққа 284-қосымшаға сәйкес іш сүзегінің, А, В паратифтерінің бактерияларын тасымалдаушыны есепке алу картасының нысаны;

285) осы бұйрыққа 285-қосымшаға сәйкес жануардың тістеуінен, сілекейі жұғуынан , тырнауынан зардап шегуші адамның оқиғасын эпидемиологиялық тергеп-тексеру картасының нысаны;

286) осы бұйрыққа 286-қосымшаға сәйкес инфекциялық ауру ошағында ағымдағы дезинфекциялауды бақылау картасының нысаны;

287) осы бұйрыққа 287-қосымшаға сәйкес медициналық және басқа да ұйымдарда ағымдағы дезинфекциялауды ұйымдастыру мен жүргізуді бақылау картасының нысаны ;

288) осы бұйрыққа 288-қосымшаға сәйкес дезинсекциялауға, дератизациялауға берілетін наряд нысаны;

289) осы бұйрыққа 289-қосымшаға сәйкес қорытынды дезинфекциялауға берілетін наряд нысаны;

290) осы бұйрыққа 290-қосымшаға сәйкес иммундық-ферменттік талдау нәтижесінің нысаны;

291) осы бұйрыққа 291-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған материалдарды бактериологиялық зерттеу және микробтарға қарсы қолданылатын препараттарға сезімталдықты анықтау нәтижесінің нысаны;

292) осы бұйрыққа 292-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған материалдарды серологиялық зерттеу нәтижесінің нысаны;

293) осы бұйрыққа 293-қосымшаға микробтарға қарсы препараттарға сезімталдықты анықтау нәтижесінің нысаны;

294) осы бұйрыққа 294-қосымшаға сәйкес полимеразды тізбекті реакция нәтижесінің нысаны;

295) осы бұйрыққа 295-қосымшаға сәйкес санитариялық-эпидемиологиялық қорытындының нысаны;

296) осы бұйрыққа 296-қосымшаға сәйкес жұмыскерде кәсіптік аурудың (уланудың) болуына күдіктену кезінде еңбек шарттарының санитариялық-эпидемиологиялық сипаттамасының нысаны;

297) осы бұйрыққа 297-қосымшаға сәйкес наряд бойынша дезинфекциялау жүргізу туралы анықтаманың нысаны;

298) осы бұйрыққа 298-қосымшаға сәйкес заттарға берілетін түбіртек нысаны;

299) осы бұйрыққа 299-қосымшаға сәйкес су қоймасының паспортының нысаны;

300) осы бұйрыққа 300-қосымшаға сәйкес аса қауіпті инфекцияларды тасымалдаушы иксод кенелерінің болуына аумақты барлап зерттеп-қарау нәтижелерін есепке алудың жиынтық тізімдемесінің нысаны;

301) осы бұйрыққа 301-қосымшаға сәйкес мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің органына келу туралы хабардар ету (хабарлама) нысаны;

302) осы бұйрыққа 302-қосымшаға сәйкес әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша процестік әрекеттер туралы анықтаманың нысаны;

303) осы бұйрыққа 303-қосымшаға сәйкес полиомиелит немесе жіті енжар паралич жағдайын эпидемиологиялық тергеп-тексеру нысаны;

304) осы бұйрыққа 304-қосымшаға сәйкес стационарлардағы сүтқоректілер санын есепке алу бойынша жұмысты есепке алу күнделігінің нысаны;

305) осы бұйрыққа 305-қосымшаға сәйкес өнімдерді (тауарларды) сатып алу актісінің нысаны;

306) осы бұйрыққа 306-қосымшаға сәйкес бақылау мақсатында сатып алуды өткізу туралы шешімдерді тіркеу журналының нысаны;

307) осы бұйрыққа 307-қосымшаға сәйкес бақылау мақсатында сатып алудың нәтижелері туралы хабарламаларды тіркеу журналының нысаны;

308) осы бұйрыққа 308-қосымшаға сәйкес тоқтатыла тұрған тауарлар (әкелуге уақытша тыйым салынған тауарлар) туралы хабарламаларды есепке алу журналының нысаны;

309) осы бұйрыққа 309-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы рұқсат беру құжатының қолданылуын тоқтата тұру туралы қаулының нысаны;

310) осы бұйрыққа 310-қосымшаға сәйкес тамақ өнімдерінің үлгісін тіркеу және зерттеу нәтижелерін беру журналының нысаны;

311) осы бұйрыққа 311-қосымшаға сәйкес автоклавтарды және дезинфекциялық камераларды микробиологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;

312) осы бұйрыққа 312-қосымшаға сәйкес көмір үлгілерін зерттеу хаттамасының нысаны;

313) осы бұйрыққа 313-қосымшаға сәйкес көмір үлгілерін зерттеуді тіркеу журналының нысаны;

314) осы бұйрыққа 314-қосымшаға сәйкес темекінің, темекі бұйымдарының, электрондық және басқа да тұтыну жүйелерінің үлгілерін алу актісінің нысаны;

315) осы бұйрыққа 315-қосымшаға сәйкес темекі, темекі бұйымдарының, электрондық және басқа да тұтыну жүйелерінің үлгілерін зерттеу хаттамасының нысаны;

316) осы бұйрыққа 316-қосымшаға сәйкес темекі, темекі бұйымдарының, электрондық және басқа да тұтыну жүйелерінің үлгілерін зерттеуді тіркеу журналының нысаны;

317) осы бұйрыққа 317-қосымшаға сәйкес оқушы жиһазының функционалдық өлшемдерін өлшеу хаттамасының нысаны;

318) осы бұйрыққа 318-қосымшаға сәйкес оқушы жиһазының функционалдық өлшемдерін өлшеуді тіркеу журналының нысаны;

319) осы бұйрыққа 319-қосымшаға сәйкес өсімдіктердің радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны;

320) осы бұйрыққа 320-қосымшаға сәйкес су үлгілерін (гемодиализге және ілеспе терапияға арналған) зерттеу нәтижесінің нысаны;

321) осы бұйрыққа 321-қосымшаға сәйкес су үлгілерін (гемодиализге және ілеспе терапияға арналған) зерттеу нәтижелерін есепке алу журналының нысаны;

322) осы бұйрыққа 322-қосымшаға сәйкес дистиллденген суды зерттеу хаттамасының нысаны;

323) осы бұйрыққа 323-қосымшаға сәйкес жүзу бассейндерінің суын зерттеу хаттамасының нысаны;

324) осы бұйрыққа 324-қосымшаға сәйкес үлгілерді экспресс-әдіспен зерттеу хаттамасының нысаны;

325) осы бұйрыққа 325-қосымшаға сәйкес ауыл шаруашылығы өнімдерінің, тамақ өнімдерінің, судың, топырақтың, ауа ортасының үлгілерін пестицидтердің қалдық мөлшерін анықтауға зерттеу хаттамасының нысаны;

326) осы бұйрыққа 326-қосымшаға сәйкес топырақ үлгілерін және зерттеу (жоғары дәлдіктегі жабдықта) нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;

327) осы бұйрыққа 327-қосымшаға сәйкес зертханаішілік бақылау журналының нысаны;

328) осы бұйрыққа 328-қосымшаға сәйкес серологиялық зерттеулерді (ішек инфекциялары тобы) тіркеу журналының нысаны;

329) осы бұйрыққа 329-қосымшаға сәйкес көкжөтел мен көкжөтелге ұқсас аурулардың серологиялық зерттеулерін тіркеу журналының нысаны;

330) осы бұйрыққа 330-қосымшаға сәйкес скарлатинаға микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

331) осы бұйрыққа 331-қосымшаға сәйкес секвенирлеу әдісімен генетикалық сипаттамаға арналған үлгілерді тіркеу журналының нысаны;

332) осы бұйрыққа 332-қосымшаға сәйкес вирустық инфекциялардың генетикалық сипаттамасы үшін зертханаға жіберу сауалнамасының нысаны;

333) осы бұйрыққа 333-қосымшаға сәйкес вирустық үлгілердің генетикалық сипаттамасын тіркеу және нәтижелерін беру журналының нысаны;

334) осы бұйрыққа 334-қосымшаға сәйкес бактериялық үлгілердің генетикалық сипаттамасын тіркеу және нәтижелерін беру журналының нысаны;

335) осы бұйрыққа 335-қосымшаға сәйкес дезинфекциялық препараттардың шығысын есепке алу журналының нысаны;

336) осы бұйрыққа 336-қосымшаға сәйкес дезинфекциялық препараттарды пайдалануды есепке алу журналының нысаны;

337) осы бұйрыққа 337-қосымшаға сәйкес дыбыс оқшаулауын өлшеу бойынша сараптамалық қорытындының нысаны;

338) осы бұйрыққа 338-қосымшаға сәйкес санитариялық-карантиндік бақылау актісінің (төтенше жағдайлардың туындау қаупі болған кезде) нысаны;

339) осы бұйрыққа 339-қосымшаға сәйкес жіті респираторлық вирустық инфекция бойынша зертханалық зерттеу нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;

340) осы бұйрыққа 340-қосымшаға сәйкес тұмау инфекциясын зерттеу нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;

341) осы бұйрыққа 341-қосымшаға сәйкес тұрмыстық қатты қалдықтардың мөлшерін есепке алу журналының нысаны;

342) осы бұйрыққа 342-қосымшаға сәйкес әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттаманы қарау орнына келуге шақыртудың нысаны;

343) осы бұйрыққа 343-қосымшаға сәйкес атқарылған жұмыстарды (зоологиялық) есепке алу күнделігінің нысаны;

344) осы бұйрыққа 344-қосымшаға сәйкес бүргелер популяциясының экологиялық-физиологиялық жай-күйін тіркеу журналының нысаны;

345) осы бұйрыққа 345-қосымшаға сәйкес далалық материалды зерттеу хаттамасының нысаны;

346) осы бұйрыққа 346-қосымшаға сәйкес елді мекендерде кеміргіштердің болуын зерттеп-қарау тізімдемесінің нысаны;

347) осы бұйрыққа 347-қосымшаға сәйкес елді мекендегі (жабық стация) жұмыстарды есепке алу күнделігінің нысаны;

348) осы бұйрыққа 348-қосымшаға сәйкес кене түрлерінің басымдылық индексінің (елді мекендердің төңірегі) нысаны;

349) осы бұйрыққа 349-қосымшаға сәйкес Конго-Қырым геморрагиялық қызбасына кенелерді зерттеуге арналған жолдаманың нысаны;

350) осы бұйрыққа 350-қосымшаға сәйкес кенелерді Конго-Қырым геморрагиялық қызбасына зерттеу нәтижелерін есепке алу журналының нысаны;

351) осы бұйрыққа 351-қосымшаға сәйкес оба қоздырғышы штаммының паспортының нысаны;

352) осы бұйрыққа 352-қосымшаға сәйкес жиналған далалық материалдар тізімінің нысаны;

353) осы бұйрыққа 353-қосымшаға сәйкес паразитологиялық мәліметтер нысаны;

354) осы бұйрыққа 354-қосымшаға сәйкес эктопаразитологиялық зерттеулер мен олардың нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;

355) осы бұйрыққа 355-қосымшаға сәйкес объектілердегі иксод кенелер саны көрсеткіштерінің нысаны;

356) осы бұйрыққа 356-қосымшаға сәйкес зерттеп-қаралған учаске бойынша ақпараттың нысаны;

357) осы бұйрыққа 357-қосымшаға сәйкес жұқпалы блокқа кіру журналының нысаны;

358) осы бұйрыққа 358-қосымшаға сәйкес кызметкерлердің температуралық режимін тіркеу журналының нысаны;

359) осы бұйрыққа 359-қосымшаға сәйкес патогендігі I–II топтардағы патогенді биологиялық агенттерді және патогендігі III–IV топтардағы коллекциялық микроорганизмдерді микробиологиялық зертхана (ұйым) шегінде беру актілерін тіркеу журналының нысаны;

360) осы бұйрыққа 360-қосымшаға сәйкес патогенді микроорганизмдерді жою актісін тіркеу журналының нысаны;

361) осы бұйрыққа 361-қосымшаға сәйкес патогенді микроорганизмдер салынған ыдыстарды ашу актілерін тіркеу журналының нысаны;

362) осы бұйрыққа 362-қосымшаға сәйкес виварий жануарларының кіріс-шығысын ай сайын тіркеу журналының нысаны;

363) осы бұйрыққа 363-қосымшаға сәйкес виварий жануарларының санын күн сайын тіркеу журналының нысаны;

364) осы бұйрыққа 364-қосымшаға сәйкес қоректік орталардың жарамдылығын бақылау журналының нысаны бекітілсін.";

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 және 12-қосымшалар осы бұйрыққа 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 және 12-қосымшаларға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

12-1, 12-2, 12-3, 12-4, 12-5 және 12-6-қосымшалар алып тасталсын;

13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94 және 95-қосымшалар осы бұйрыққа 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44,

45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94 және 95-қосымшаларға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

95-1-қосымша алып тасталсын;

96 және 97-қосымшалар осы бұйрыққа 96 және 97-қосымшаларға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

97-1 және 97-2-қосымшалар алып тасталсын;

98-қосымша осы бұйрыққа 98-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

98-2-қосымша алып тасталсын;

99, 100 және 101-қосымшалар осы бұйрыққа 99, 100 және 101-қосымшаларға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

101-1-қосымша алып тасталсын;

102 және 103-қосымшалар осы бұйрыққа 102 және 103-қосымшаларға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

103-1 және 103-2-қосымшалар алып тасталсын;

көрсетілген бұйрыққа 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272 және 273-қосымшалар осы бұйрыққа 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272 және 273-қосымшаларға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

273-1-қосымша алып тасталсын;

274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298 және 299-қосымшалар осы бұйрыққа 274, 275, 276, 277,

278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296 , 297, 298 және 299-қосымшаларға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

осы бұйрыққа 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333 , 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363 және 364-қосымшаларға сәйкес 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318 , 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355 , 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363 және 364-қосымшалармен толықтырылсын.

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

1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

2) осы бұйрықты ресми жариялағаннан кейін Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің интернет-ресурсында орналастыруды;

3) осы бұйрықты Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркегеннен кейін он жұмыс күні ішінде Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Заң департаментіне осы тармақтың 1) және 2) тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметтерді ұсынуды қамтамасыз етсін.

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

4. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі *А. Альназарова*

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі
2026 жылғы 4 қыркүйектегі
№ 104 Бұйрыққа
1-қосымша

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

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

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ___ жылғы "___" _____ № ___ _____бұйрығымен бекітілген №___ ____001/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 001/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ____года №_____

Бактериологиялық тесттерді алу актісі Акт отбора бактериологических тестов

(от) " " _____ 20_____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____ _

2. Субъектінің БСН-і/ЖСН-і (БИН/ИИН субъекта) _____ _

3. Тексеруді тағайындау туралы актінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки) _____

4. Стерилизатордың атауы (Наименование стерилизатора) _____

5. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора)_____

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

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

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

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____ __

10. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____ __

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____ __

Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)	**Үлгінің атауы. Үлгіні алу орны. (Наименование образца) (Место отбора образца)**	**Алынған үлгілердің саны (Количество отобранных образцов)**

1	2	3

Сынама алу барысына қатысқан объекті өкілінің лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя объекта, в присутствии которого произведен отбор) _____ _____

Қолы (Подпись)_____

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

Қолы (Подпись) _____

Акт ___ данада толтырылды (Акт составлен в ____ экземплярах) *

*Құжат электрондық түрде толтырылған жағдайда қағаз жеткізгіште толтыруды талап етпейді. Не требует заполнения на бумажном носителе если документ заполняется в электронном виде.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
2-қосымша

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

Приложение 2 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ___жылғы "___" _____ № ___ ____бұйрығымен бекітілген № 002 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 002/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ___ года №_____

Биотесттерді алу актісі Акт отбора биотестов

(от) " " _____ 20_____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____ _____

2. Субъектінің БСН-і/ЖСН-і (БИН/ИИН субъекта) _____ _____

3. Тексеруді тағайындау туралы актінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки) _____

4. Дезинфекциялық камераның атауы (Наименование дезинфекционной камеры) __ _____

5. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора) _____ _____

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

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

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

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____ ___

10. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____ ___

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____ __

Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)	Тесттің нөмірі (Номер теста)	Бақылау нүктелерінің орналасуы (Расположение контрольных точек)
1	2	3

Сынама алу барысына қатысқан объекті өкілінің лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя объекта, в присутствии которого произведен отбор) _____ _____

Қолы (Подпись) _____

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

Қолы (Подпись) _____

Акт ___ данада толтырылды (Акт составлен в ____ экземплярах) *

*Құжат электрондық түрде толтырылған жағдайда қағаз жеткізгіште толтыруды талап етпейді. Не требует заполнения на бумажном носителе если документ заполняется в электронном виде.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
3-қосымша

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

Приложение 3 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ___ жылғы "___" _____№ ___ ____бұйрығымен бекітілген № 003 /е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 003/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20 _ ____ года №_____

Шайындыларды алу актісі Акт отбора смывов

(от) " " _____ 20_____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____

2. Субъектінің БСН-і/ЖСН-і (БИН/ИИН субъекта) _____

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

4. Тексеруді тағайындау туралы актінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки) _____

5. Үлгіні алу мақсаты (Цель отбора образца)_____

__

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

_

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

_

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

_____

_

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)_____

__

10. Сақтау шарттары (Условия хранения)_____

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Үлгінің тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)	**Алынған үлгілер тізбесі (Перечень отобранных образцов)**	**Алынған үлгілердің саны (Количество отобранных образцов)**	**Қаптама түрі мен мөр (пломба) нөмірі (Вид упаковки и номер печати (пломбы)**
1	2	3	4

Сынама алу барысына қатысқан объекті өкілінің лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя объекта, в присутствии которого произведен отбор) _____

_____

Қолы (Подпись) _____

Үлгілерді алған адамның лауазымы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Должность, Ф.И.О.

(при его наличии) производившего отбор образцов)_____

_____

_____

___

Қолы (Подпись) _____

Акт ___ данада толтырылды (Акт составлен в ____ экземплярах) *

*Құжат электрондық түрде толтырылған жағдайда қағаз жеткізгіште толтыруды талап етпейді. Не требует заполнения на бумажном носителе если документ заполняется в электронном виде.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
4-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
4-қосымша
Приложение 4
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 004/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 004/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Су үлгілерін алу актісі Акт отбора образцов воды

(от) "____"_____ 20 __ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____

___

2. Субъектінің БСН-і/ЖСН-і (БИН/ИИН субъекта) _____

____

3. Тексеруді тағайындау туралы актінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки) _____

_____

4. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

5. Үлгіні алу мақсаты (Цель отбора образца)_____

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

7. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

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

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

_____

10. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)_____

___

11. Сақтау шарттары (Условия хранения)_____
__

12. Таңбалау (маркировка) _____
_

13. Су үлгісін консервациялау әдістері (Методы консервации образца воды) _____
_____

14. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____
__

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

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

Қолы (Подпись)_____

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

_____
_____

Қолы (Подпись)_____

Акт ___ данада толтырылды (Акт составлен в ____ экземплярах) *

*Құжат электрондық түрде толтырылған жағдайда қағаз жеткізгіште толтыруды талап етпейді. Не требует заполнения на бумажном носителе если документ заполняется в электронном виде.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
5-қосымша

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

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

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 005/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 005/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Сынамаларды (ауаның, дәрілік нысандардың, стерильділікке) алу актісі
Акт отбора проб (воздуха, лекарственных форм, на стерильность)

(от) "____"_____ 20_____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____

2. Субъектінің БСН-і/ЖСН-і (БИН/ИИН субъекта) _____

3. Тексеруді тағайындау туралы актінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки) _____

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 шарттары (Условия транспортировки) _____

9. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____

10. Үлгіні консервациялау әдістері (Методы консервации образца) _____

_____
___

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____
__

Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)	Алынған үлгілер атауының тізбесі (Перечень наименований отобранных образцов)	Үлгіні алу орны Место отбора образца	Алынған үлгілер саны (Количество отобранных образцов)	Үлгінің салмағы, көлемі (Вес, объем образца)	Шығарылған күні, жарамдылық мерзімі, сериясы, партия нөмірі, үлгінің құны (Дата производства, срок годности, серия, номер партии, стоимость образца)	Күні, үлгіні (сынама) қабылдаған тұлғаның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда, қолы (Дата, Ф.И.О. (при его наличии), подпись лица, принявшего образец (пробу))	Қаптама түрі және мөрдің (пломбаның) нөмірі В и д упаковки и номер печати (пломбы)
1	2	3	4	5	6	7	8

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

Қолы (Подпись) _____

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

_____

Қолы (Подпись)_____

Акт ___ данада толтырылды (Акт составлен в ____ экземплярах) *

*Құжат электрондық түрде толтырылған жағдайда қағаз жеткізгіште толтыруды талап етпейді. Не требует заполнения на бумажном носителе если документ заполняется в электронном виде.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
6-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
6-қосымша
Приложение 6 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 006/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 006/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ___ года №____

Топырақ үлгілерін алу актісі Акт отбора образцов почвы

(от) "____"_____20 __ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____ _____

2. Субъектінің БСН-і/ЖСН-і (БИН/ИИН субъекта) _____ _____

3. Тексеруді тағайындау туралы актінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки) _____ _____

4. Сынама алынған орын (Место отбора) _____ _____

5. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора)_____ _____

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

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

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

_____

_____

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)_____

_____

10. Сақтау шарттары (Условия хранения)_____

_____

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

_____

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Алынған үлгілер тізбесі (Перечень отобранных образцов)	Мөлшері, (грамм) (Количество (грамм))	Алу тереңдігі (сантиметр) (Глубина отбора (см))	Қаптама түрі мен мөрдің (пломбаның) нөмірі (Вид упаковки и номер печати (пломбы)
1	2	3	4	5
61	2	3	4	5

Сынама алу барысында қатысқан объекті өкілінің лауазымы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)

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

произведен отбор) _____

_____

_____

Қолы (Подпись)_____

Үлгілерді алған адамның лауазымы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Должность, Ф.И.О. (при

его наличии) производившего отбор образцов) _____

_____

_____

Қолы (Подпись)_____

Акт ___ данада толтырылды (Акт составлен в ____ экземплярах) *

*Құжат электрондық түрде толтырылған жағдайда қағаз жеткізгіште толтыруды талап

етпейді. Не требует заполнения на бумажном носителе если документ заполняется в электронном виде.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
7-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
7-қосымша
Приложение 7 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 007/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 007/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Зерттеулер жүргізуге тамақ (оның ішінде шикізат) және азық-түлік емес өнімдерді алу актісі
Акт отбора пищевой (в том числе сырья) и непродовольственной продукции на проведение исследований

(от)___ _____ 20____ жыл (год)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____ _____

2. Субъектінің БСН-і/ЖСН-і (БИН/ИИН субъекта) _____ _____

3. Тексеру актісінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта проверки) _____ _____

4. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____ _

5. Үлгіні алу мақсаты (Цель отбора образца) _____ ___

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

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

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

_____

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____
_____

10. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____
_____

11. Қаптама түрі және мөрдің (пломбаның) нөмірі (Вид упаковки и номер печати (пломбы)) _____
_____

12. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____
_____

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Алынған үлгілердің тізбесі (Перечень отобранных образцов)	Өнім өндірушісінің атауы, оның мекенжайы (Наименование производителя продукции, его адрес)	Алынған өнімнің саны, салмағы, көлемі (Количество, вес, объем отобранной продукции)	Өндірілген күні (Дата производства)	Жарамдылық мерзімі (Срок годности)	Партия нөмірі (Номер партии)	Алынған өнімнің құны (Стоимость отобранной продукции)
1	2	3	4	5	6	7	8

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

Қолы (Подпись)_____

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

_____
_____

Қолы (Подпись) _____

Акт ___ данада толтырылды (Акт составлен в ____ экземплярах)*

*Құжат электрондық түрде толтырылған жағдайда қағаз жеткізгіште толтыруды талап етпейді. Не требует заполнения на бумажном носителе если документ заполняется в электронном виде.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
8-қосымша

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

Приложение 8 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 008/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 008/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Радиоактивтілікті зерттеуге үлгілерді алу актісі Акт отбора образцов на исследование радиоактивности

№_____ (от) "____"_____20___ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____
_____

2. Субъектінің БСН-і/ЖСН-і (БИН/ИИН субъекта) _____
_____

3. Тексеруді тағайындау туралы актінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки) _____
__

4. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

5. Үлгіні алу мақсаты (Цель отбора образца)_____
__

6. Үлгі алынған партияның көлемі (Объем партии, из которой отобрана образец) __
_____

7. Жергілікті жердегі табиғи радиациялық фонының деңгейі (Уровень естественного радиационного фона на местности) _____
_____

8. Үлгі алынған партияның бетіндегі радиациялық фонының деңгейі (доза қуаты) (Уровень радиационного фона (мощность дозы) на поверхности партии, от которой отобран образец)_____
_____

9. Гамма-сәулелену дозасының қуаттылығы бойынша партияның біртектілігі (Однородность партии по мощности дозы гамма-излучения) _____ иә (да), жоқ (нет)

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____
_____

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

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

Қолы (Подпись) _____

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

Қолы (Подпись) _____

Акт ___ данада толтырылды (Акт составлен в ____ экземплярах) *

Акт әр ұсынылған үлгіге (1-ден 5 үлгіге дейін) толтырылады (Акт заполняется на каждую представленные (от 1 до 5) образцов)

*Құжат электрондық түрде толтырылған жағдайда қағаз жеткізгіште толтыруды талап етпейді. Не требует заполнения на бумажном носителе если документ заполняется в электронном виде.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
9-қосымша

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

Приложение 9 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 009/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 009/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___года №_____

Дезинфекциялау заттарының сынамаларын алу актісі Акт отбора проб дезинфицирующих средств

(от) "____"_____20_____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
_____

2. Субъектінің БСН-і/ЖСН-і (БИН/ИИН субъекта) _____
_____

3. Негіздеме (тексеру актісінің күні және нөмірі) (Основание (дата и номер акта проверки)) _____
_
4. Сынама алу орны (Место отбора)_____
__
5. Сынама алу мақсаты (Цель отбора)_____
___
6. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
_____
7. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
_____
8. Сынама алу әдісіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод отбора)
_____
_
9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____
_____
10. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____
_____
11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____
_____

Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)	Алынған үлгілердің тізбесі (Перечень отобранных образцов)	Алынған үлгілердің саны, салмағы, көлемі (Количество, вес, объем отобранных образцов)	Таңдалған үлгінің концентрациясы (Заданная концентрация отобранного образца)	Шығарылған күні (Дата производства)	Қаптама түрі мен мөр (пломба) нөмірі (Вид упаковки и номер печати) (пломбы)
1	2	3	4	5	6

Сынама алу барысына қатысқан объекті өкілінің лауазымы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Должность, Ф.И.О. (при его наличии) представителя объекта, в присутствии которого произведен отбор) _____
_____
Қолы (Подпись)_____
Үлгілерді алған адамның лауазымы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Должность, Ф.И.О.(при его наличии) производившего отбор образцов) _____
_____
Қолы (Подпись)_____
Акт ___ данада толтырылды (Акт составлен в ____ экземплярах)*.

*Құжат электрондық түрде толтырылған жағдайда қағаз жеткізгіште толтыруды талап етпейді. Не требует заполнения на бумажном носителе если документ заполняется в электронном виде.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
10-қосымша

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

Приложение 10
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 010/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 010/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ года №_____

Зоонозды және аса қауіпті инфекцияларға сыртқы орта сынамаларын алу актісі Акт отбора проб внешней среды на зоонозные и особо опасные инфекции

(от) "___" _____ 20___ ж. (г.)

1. Үлгілерді жіберген мекеме атауы (Наименование учреждения направившего образцы)

_____
_____

2. Үлгіні алу орны (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 шарттары (Условия транспортировки) _____
_____

Үлгі нөмірі **Номер образца**	**Алынған сынамалар атауы, алынған орны және нүктелері** **Наименование отобранных образцов, место и точки отбора**	**Сынама мөлшері, көлемі** **Количество пробы, объем**	**Қосымша деректер** **Дополнительные данные**
1	2	3	4

Сынама алу барысына қатысқан объекті өкілінің лауазымы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)

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

произведен отбор) _____
_____
_____
_____

Қолы (Подпись) _____

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

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

_____
_____

Қолы (Подпись) _____

Акт ___ данада толтырылды (Акт составлен в ____ экземплярах)*.

*Құжат электрондық түрде толтырылған жағдайда қағаз жеткізгіште толтыруды талап етпейді. Не требует заполнения на бумажном носителе если документ заполняется в электронном виде.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
11-қосымша
Қазақстан Республикасының

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 011/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 011/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Кенелердің сынамаларын алу актісі Акт отбора проб клещей

(от) "___" _____ 20____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____

2. Субъектінің БСН-і/ЖСН-і (БИН субъекта) _____

3. Кенені тапсырған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) лица, который сдал клеща на анализ).ЖСН-і (ИИН) _____

4.Тұрғылықты мекенжайы (адрес проживания) _____

5. Тексеруді тағайындау туралы актінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки) _____

6. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

7. Үлгіні алу мақсаты (Цель отбора образца) _____

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

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

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

11.Кенені адамнан алған мекеме (Место (учреждение) извлечения клеща) _____
_____

12. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____
_____

13. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____
_____

14. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____
_____

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	**Үлгі № (№ образца)**	**Елді мекеннің атауы, мекенжайы (Наименование населенного пункта, адрес)**	**Кене саны (барлығы) (Количество клещей) (всего)**	**Сыртқы ортадан жиналған кенелер Собрано клещей от внешней среды**						**Адамнан алынған кенелер Клещи снятые с людей**
				Мал қорадан (В скотных помещениях)	Жануар-дан (От животного)	Даладан (На природе)	Ошақ-тан (Из очага)	Басқа жерден (Другие места)	Алынған сынамалар атауы, кененің түрі және жынысы / Наименование отобранных образцов, вид и пол клеща	Биотоп, кененің мекендеу орын/ биотоп, местообитания клеща
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

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

Қолы (Подпись)_____

*Байланыс мәліметтері (контактные данные) _____
_____

Биоматериалды (кене) зерттеу нәтижесі оң болған жағдайда, қанға бақылау талдауын тапсыру қажеттілігі туралы ескертілдім. (О необходимости контрольного анализа крови при положительном результате исследования биоматериала (клеща) предупрежден)

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____ _____

Қолы (Подпись)_____

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

Қолы (Подпись)_____

Акт ___ данада толтырылды (Акт составлен в ____ экземплярах) **.

**адамнан алынған кенелер бойынша (для клещей снятых с людей)

*Құжат электрондық түрде толтырылған жағдайда қағаз жеткізгіште толтыруды талап етпейді. Не требует заполнения на бумажном носителе если документ заполняется в электронном виде.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
12-қосымша

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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 012/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы		Медицинская документация Форма № 012/у

мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ _ года №_____

"___" _____ 20__ (жыл) года №____ Елді мекен (Населенный пункт): _____

Иммундаудан кейінгі қолайсыз көрініс жағдайын тергеп-тексеру нәтижелері туралы акті

Акт о результатах расследования случая неблагоприятного проявления после иммунизации

(Иммундаудан кейінгі тек ауыр жанама көріністер үшін – өлім/ мүгедектік/ ауруханаға жатқызу / топтық жағдайлар) (Только для серьезных побочных проявлений после иммунизации – смерть/ инвалидность/ госпитализация/ групповые случаи)

А БӨЛІМІ Негізгі ақпарат **Раздел А Базовая информация**	
Өңір/ облыс Аудан ИККҚ жағдайының сәйкестендіру № Регион/область Район Идентификационный № случая НППИ	
Вакцинация орны (): Мемлекет. ЕПМ Жеке. ЕПМ Басқа (көрсетіңіз) _____ Место вакцинации (): Госуд. ЛПУ Частное ЛПУ Другое (укажите) _____ Вакцинация орны (): Науқан Жоспарлы Басқа (көрсетіңіз) _____ Вакцинация (): Кампания Плановая Другое (укажите) _____	
Вакцинация жүргізілетін жердің мекенжайы: Адрес места проведения вакцинации:	
Есепті жасаған тұлғаның ТАӘ (ол болған жағдайда): ФИО (при его наличии) лица, составившего отчет:	Тергеп-тексеру күні: __ __ / __ __ / __ __ __ __ Дата расследования: __ __ / __ __ / __ __ __ __ Нысанды толтыру күні: __ __ / __ __ / __ __ __ __ Дата заполнения формы: __ __ / __ __ / __ __ __ __
Лауазымы: Должность:	Бұл есеп: Этот отчет: Алғашқы первичный Аралық промежуточный соңғы окончательный
Тел. (стационарлық) (коды бар): Моб. тел.: Тел. (стационарный) (с кодом): Моб. тел.:	e-mail:
Пациенттің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Жынысы (пол): Е (М) Ә (Ж) Ф.И.О. (при его наличии) пациента	
(кластердегі әрбір жағдай үшін жеке пішіндерді толтырыңыз) (заполните отдельные формы на каждый случай в кластере) Туған күні (КК/АА/ЖЖЖЖ): __ __ / __ __ / __ __ __ __ Дата рождения (ДД/ММ/ГГГГ): __ __ / __ __ / __ __ __ __ Немесе ИККҚ дамуы кезіндегі жасы: _ _ _ _ жыл _ _ _ ай _ _ _ _ күн немесе ИЛИ возраст при развитии НППИ: __ __ лет __ __ месяцев __ __ дней ИЛИ жас тобы: < 1 жас 1-5 жас > 5 жас возрастная группа: < 1 года 1-5 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.):

Вакциналардың/пациентке енгізілген вакциналарды сұйылтуға арналған еріткіштердің 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 (КК/АА/ЖЖЖЖ): __ __ / __ __ / __ __ __ _ Уақыт (сағ / мм) __ __ /__ __
Дата развития первого/основного симптома (ДД/ММ/ГГГГ): __ __ / __ __ / __ __ __ __ Время (чч/мм) __ __ /__ __
Ауруханаға жатқызу күні (КК/АА / ЖЖЖЖ): __ __ / __ __ / __ __ __ __
Дата госпитализации (ДД/ММ/ГГГГ): __ __ / __ __ / __ __ __ __
Денсаулық сақтауды басқару органдарының алғашқы хабарлау күні (КК/АА/ЖЖЖЖ):__ __ / __ __ / __ __ __ __
Дата первичного извещения органов управления здравоохранением (ДД/ММ/ГГГГ):__ __ / __ __ / __ __ __ __
Тергеп-тексеру күніндегі жағдай (): Қайтыс болды Мүгедектік Сауығу процесі
Состояние на дату расследования Умер Инвалидность Процесс выздоровления
Толық сауығу Белгісіз
Полное выздоровление Неизвестно
Егер қайтыс болса, қайтыс болған күні мен уақыты (КК / АА / ЖЖЖЖ): ___ __ / __ __ / __ __ __ __ __ (сағ / мм): __ __ / __ _
Если умер, дата и время смерти (ДД/ММ/ГГГГ): __ __ / __ __ / __ __ __ __ (чч/мм): __ __ / __ __
Патологиялық-анатомиялық зерттеу жүргізілді ме? () Иә (Да) күні (дата) _____ (Нет)
Проводилось патологоанатомическое исследование Жоспарланған (Запланировано на) күні (дата)_____
уақыты (время)_____
Қорытындыны қоса беріңіз (бар болса)
Приложите заключение (если имеется)

В БӨЛІМІ Алдыңғы анамнез (вакцинацияға дейін)
РАЗДЕЛ В Предшествующий анамнез (до вакцинации)

Өлшемшарттар/ Критерии	Нәтижесі/ Результат	Пікірлер (Егер солай болса, мәліметтерді көрсетіңіз)/ Комментарии (если да, укажите подробности)
Бұрын болған 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 тамақ өніміне 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 ауруханаға жатқызу/ Госпитализация в предшествующие 30 дней с указанием причины	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	

Пациент қазіргі уақытта басқа себеппен дәрі-дәрмек терапиясын алып жатыр ма?/ Пациент получает лекарственную терапию в настоящее время по другой причине? (Егер солай болса, дәрі-дәрмектерді, оны қолдануға арналған көрсетілімдерді, 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 (осы ИККҚ-не қатысты) немесе отбасылық анамнездегі аллергия Любое заболевание (имеющее отношение к данному НППИ) или аллергия в семейном анамнезе	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	

Бала туу жасындағы әйелдер үшін
Для женщин детородного возраста

● Қазіргі уақытта жүкті ме? Беременность в настоящее время? Иә (Да) мерзімі аптамен (срок в неделях) _ _____ / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)

● Қазіргі уақытта емшек сүтімен тамақтандырасыз ба? Грудное вскармливание в настоящее время? Иә (Да)/ Жоқ (Нет)

Емшек жасындағы 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 тәсілмен (қысқыштар, вакуум және т. б.) асқынумен (көрсетіңіз)
Роды нормальные кесарево сечение способом (щипцы, вакуум и т.д.) осложненные (укажите)

С БӨЛІМІ Бірінші тексерудің нәтижелері ** ИККҚ ауыр жағдайы
РАЗДЕЛ С Результаты первого обследования ** серьезного случая НППИ

Ақпарат көзі (барлық қажетті): Тергеп- тексеру маманының тексеруі Источник информации (все нужно) : Осмотр специалистом по расследованию
Құжаттама Вербалды аутопсия Басқа _____ Документация Вербальная аутопсия Другое
Егер вербалды аутопсия болса - дереккөзді көрсетіңіз (Если вербальная аутопсия – укажите источник)___ _____

Пациентті бірінші тексерген/емдеген адамның ТАӘ (ол болған жағдайда):/ ФИО (при его наличии) лица, который первым осматривал/лечил пациента:_____ _____

Пациентті емдеуді жүргізетін басқа адамдардың ТАӘ (ол болған жағдайда):/ ФИО (при его наличии) других лиц, проводящих лечение пациента: _____ _____

Ақпарат берген басқа көздер (көрсетіңіз):/Другие источники, предоставившие информацию (укажите): __ _____

Вакцинациялау сәтінен бастап белгілері мен симптомдары хронологиялық тәртіппен:/Признаки и симптомы в хронологическом порядке, начиная с момента вакцинации:

Осы клиникалық ақпаратты ұсынатын тұлғаның ТАӘ (ол болған жағдайда) және байланыс ақпараты (ФИО (при его наличии) и контактная информация лица, предоставляющего эту клиническую информацию):	Лауазымы (Должность):	Күні / уақыты (Дата/ время)

**Нұсқаулар - барлық қолда бар құжаттардың (ауру тарихын, жазылған эпикризді, аралық қорытындыларды, зертханалық талдау нәтижелерін және патологиялық-анатомиялық зерттеу нәтижелері бойынша қорытындыны қоса алғанда) көшірмелерін 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 (ауру тарихын, жазылған эпикризді, зертханалық талдау нәтижелерін және егер бар болса, патологиялық-анатомиялық зерттеу нәтижелері бойынша қорытындыны қоса алғанда) көшірмелерін 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, науқасты қарап-тексеріп, нәтижелерін төменде жазыңыз (қажет болған жағдайда, 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:

D БӨЛІМІ ИККҚ-мен байланысты мекемеде сол күні енгізілген вакциналар туралы деректер
РАЗДЕЛ D Данные о вакцинах, которые вводились в тот же день в учреждении, связанном с НППИ

Сессия барысында мекемеде әрбір антигенмен егілгендер саны (Число привитых каждым антигеном	Вакцинаның атауы Наименование вакцины									

в учреждении в ходе сессии) Қолжетімді болса, тіркеу журналын қосаберіңіз (Приложите журнал регистрации, если доступен)	Енгізілген дозалар саны Число введенных доз									

а) Пациентке вакцинация қашан жүргізілді? - БАРЛЫҚ сұрақтар үшін керектісін белгілеңіз Когда проводилась вакцинация пациента? отметьте нужное для ВСЕХ вопросов	
Сессия шеңберіндегі алғашқы екпелердің бірі Сессия шеңберіндегі соңғы екпелердің бірі Неизвестно Одна из первых прививок в рамках сессии Одна из последних прививок в рамках сессии Белгісіз	
Если использовались многодозовые флаконы, получил ли пациент Егер көп дозалы құтылар қолданылса, пациент одну из первых доз из флакона? одну из последних доз из флакона? Неизвестно құтыдан алғашқы дозалардың бірін алды ма? құтыдан соңғы дозалардың бірін алды ма? Белгісіз	
b) Осы вакцинаны тағайындау кезінде немесе қолдану жөніндегі ұсынымдарды сақтамау түрінде қате байқалды ма? Наблюдалась ли ошибка при назначении или в виде несоблюдения рекомендаций по применению этой вакцины?	Иә (Да) / Жоқ (Нет)
c) Тергеп-тексеру нәтижелері бойынша сіз енгізілген вакцина (оның ингредиенттері) стерильді емес болуы мүмкін деп ойлайсыз ба?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (

По результатам расследования считаете ли вы, что введенная вакцина (ее ингредиенты) могли быть нестерильными?	Невозможно оценить)
d) Тергеп-тексеру нәтижелері бойынша вакцинаның физикалық жағдайы (мысалы, түсі, лайлануы, 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)
e) Тергеп-тексеру нәтижелері бойынша вакцинатор вакцинаны сұйылту/ дайындау кезінде қате жіберілді деп ойлайсыз ба (мысалы, дұрыс емес препарат, дұрыс емес еріткіш, дұрыс емес араластыру, 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)
f) Тергеп-тексеру нәтижелері бойынша вакцинамен жұмыс істеу кезінде қате жіберілді деп ойлайсыз ба (мысалы, тасымалдау, сақтау және/немесе егу сессиясы барысында суық тізбек жағдайларының бұзылуы және т. б.)? 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)
g) Тергеп-тексеру нәтижелері бойынша вакцина дұрыс қолданылмады деп ойлайсыз ба (мысалы, дұрыс емес доза, дұрыс емес орын немесе енгізу әдісі, иненің дұрыс емес өлшемі , инъекцияның тиісті практикасын 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)
h) Зардап шегушімен бірдей құтыдан/ампуладан вакцина енгізілген адамдардың саны Число лиц, которым была введена вакцина из того же флакона/ампулы, что и пострадавшему	
i) Сол бір егу сессиясы кезінде қарастырылып отырған вакцина енгізілген адамдардың саны Число лиц, которым рассматриваемая вакцина была введена во время той же прививочной сессии	
j) Басқа мекемелерде сондай партия/серия нөмірімен вакцина енгізілген адамдардың саны . Сол мекемелерді көрсетіңіз: _____ Число лиц, которым в других учреждениях была введена рассматриваемая вакцина с тем же номером партии/серии. Укажите эти учреждения: _____	
k) Бұл жағдай жағдайлар кластеріне қатысты ма? Относится ли этот случай к кластеру случаев?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизв.
i. Егер иә болса, кластерде тағы қанша жағдай анықталды? Если да, сколько других случаев выявлено в кластере?	
a. Кластердегі барлық зардап шеккендерге сол бір құтыдағы вакцина егілді ме? Были ли все пострадавшие в кластере привиты вакциной из одного и того же флакона?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизв.
b. Егер олай болмаса, 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 түсініктемелерді міндетті түрде жеке парақтарда ұсыныңыз

Обязательно представьте разъяснения по этим ответам на отдельных листах

Е БӨЛІМІ Қарастырылып отырған вакцина қолданылған мекемедегі (мекемелердегі) иммундау практикасы РАЗДЕЛ Е Практика иммунизации в учреждении(-ях), где применялась рассматриваемая вакцина (Бұл бөлімді сауалнамалар және/немесе іс жүзінде емшараларды 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 бұғатталатын (ӨБ) шприцтер қолданылады ма? Используются ли для вакцинации самоблокирующиеся (СБ) шприцы?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизв.
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 қолданылатын болса ғана толтырылады, егер қолданылмаса , ҚМ белгісін қойыңыз) Разведение (восстановление) вакцины: (заполняется только если применимо, , отметьте НП, если не применимо)	

● Вакцинаны сұйылту (қалпына келтіру) рәсімі () Процедура разведения (восстановления) вакцины	Мәртебесі (Статус)		
Бір вакцинаның бірнеше құтысын сұйылту үшін бір шприц қолданылады ма? Используется ли один и тот же шприц для разведения нескольких флаконов одной и той же вакцины?	Иә (Да)	Жоқ (Нет)	ҚҚ (НП)
Әртүрлі вакциналарды			

сұйылту үшін бір ш п р и ц қолданылады ма?	Иә (Да)	Жоқ (Нет)	ҚК (НП)
Используется ли один и тот же шприц для разведения разных вакцин?	Иә (Да)	Жоқ (Нет)	ҚК (НП)
Вакцина бар әрбір құтыны сұйылту үшін бөлек шприц қолданылады ма? Используется ли отдельный шприц для разведения каждого флакона с вакциной? Әр егу кезінде сұйылту үшін бөлек ш п р и ц қолданылады ма? Используется ли отдельный шприц для разведения при каждой прививке?	Иә (Да)	Жоқ (Нет)	ҚК (НП)
● Тек өндіруші ұсынған вакциналар мен еріткіштер қолданылады ма? Используются ли только вакцины и растворители рекомендованы производителем?	Иә (Да)	Жоқ (Нет)	ҚК (НП)

Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер: Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:
F Бөлімі Суық тізбек және тасымалдау Раздел F 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)

Вакцинаны соңғы сақтау орны: Последний пункт хранения вакцины:	
● Вакциналарды сақтау үшін тоңазытқыштағы температураға мониторинг жүргізіледі ме? Осуществляется ли мониторинг температуры в холодильнике для хранения вакцин?	Иә (Да) / Жоқ (Нет)
о егер иә болса, вакцинаны тоңазытқышқа салғаннан кейін +2-+8° С шегінен асатын температурада қандай да бір ауытқулар байқалды ма?	Иә (Да) / Жоқ (Нет)

Если да, отмечались ли какие-либо отклонения в температуре, выходящие за пределы +2+8° С, после помещения вакцины в холодильник?	
о егер иә болса, температура режимінің мониторингі нәтижелерін қоса беріңіз. Если да, приложите результаты мониторинга температурного режима.	
● Вакциналарды, еріткіштерді және шприцтерді сақтаудың тиісті рәсімдері сақталды ма? Соблюдались ли надлежащие процедуры хранения вакцин, растворителей и шприцев?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизв
● Тоңазытқышта немесе мұздатқышта басқа препараттар / өнімдер (РПИ вакциналары мен вакцина еріткіштерінен басқа) сақталады ма? Хранятся ли в холодильнике или морозильнике другие препараты/товары (отличные от вакцин РПИ и растворителей для вакцин)?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизв
● Тоңазытқышта жартылай пайдаланылған қалпына келтірілген вакциналар табылды ма? Обнаружены ли в холодильнике частично использованные восстановленные вакцины?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизв
● Тоңазытқышта қолдануға жарамсыз вакциналар (жарамдылық мерзімі өтіп кеткен, таңбаланбаған, 3 немесе 4 сатыдағы ФТИ, мұздатылған) табылды ма? Обнаружены ли в холодильнике какие-либо вакцины, не пригодные для использования (с истекшим сроком годности, без маркировки, ФТИ на стадиях 3 или 4, замороженные?)	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизв
● Қоймада қолдануға жарамсыз вакцинаға арналған еріткіштер (жарамдылық мерзімі өткен, керекті өндірушіге сәйкес келмейтін, жарылған ампулаларда, ластанған ампулаларда) табылды ма? 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 Неизв
Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер: Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:	
Транспортировка вакцины: Вакцинаны тасымалдау:	
● Вакцинаны тасымалдау үшін қолданылған тоңазытқыш сөмкесінің түрі Тип сумки-холодильника, который применялся для транспортировки вакцины	
● Тоңазытқыш сөмкесі вакцинация жүргізілген күні егу пунктіне жіберілді ме? Была ли сумка-холодильник отправлена на прививочный пункт в тот день, когда проводилась вакцинация?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизв
● Тоңазытқыш сөмкесі вакцинация жасалған күні егу пунктінен қайтарылды ма? Была ли сумка-холодильник возвращена из прививочного пункта в тот день, когда проводилась вакцинация?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизв

● Дайындалған (кондиционерленген) суық элементтер қолданылды ма? Использовались ли подготовленные (кондиционированные) хладоэлементы?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизв
Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер: Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:	
G Бөлімі Жергілікті қоғамдастық деңгейіндегі тергеп-тексеру (елді мекенге баруды және ата-аналардан/басқалардан сауалнама алуды сұрау) Раздел G Расследование на уровне местного сообщества (просьба посетить населенный пункт и опросить родителей/других лиц)	
Сол елді мекенде зардап шегушіде ИККҚ 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 НППИ? Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизв.) Егер иә болса, ақпарат беріңіз: Если да, представьте информацию:	
Егер иә болса, мұндай оқиғалар/эпизодтар қанша? Если да, сколько таких событий/эпизодов?	
Зардап шеккендердің нешеуіСколько из пострадавших ● Вакцинацияланған/вакцинированы:_____ ● Вакцинацияланбаған/ не вакцинированы:_____ ● Деректер жоқ/ нет данных:_____	
Қосымша түсіндірмелер/Дополнительные комментарии:	
Н БӨЛІМІ Басқа алынған деректер / бақылаулар / түсіндірмелер Раздел Н Другие полученные данные/наблюдения/комментарии	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
13-қосымша

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

Приложение 13 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ №___**

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**____ бұйрығымен бекітілген № 013/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 013/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ___года №_____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласында тергеп-тексеру тағайындау туралы акті
Акт о назначении расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения

"__" ___ 20__ жыл (года) №____ Елді мекен (населенный пункт): _____

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

_____

__(қажетінің астын сызу керек) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (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, анықтау фактісі және т. б. (указать основание расследования: обращение, информация, экстренное извещение, результаты исследования продукции по итогам контрольного закупа, факт возникновения, обнаружения, выявления и др.)

1. Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласында тергеп-тексеру жүргізілсін (Провести расследование в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения).

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 немесе комиссия мүшелері (Должностным лицам либо членам Комиссии):

1) адамның өміріне, денсаулығына, қоршаған ортаға және жеке және заңды тұлғалардың, мемлекеттің заңды мүдделеріне қатер төндіретін және зиян келтіретін санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылық саласындағы Қазақстан Республикасы заңнамасының талаптарын бұзудың мән-жайлары мен себептеріне жан-жақты тергеп-тексеру жүргізсін (провести всестороннее расследование обстоятельств и причин нарушения требований законодательства Республики Казахстан в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия, несущих угрозу и причинение вреда жизни, здоровью человека, окружающей среде и законным интересам физических и юридических лиц, государства);

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

3) себеп-салдар байланысына бағалау, талдау және анықтау жүргізсін (провести оценку, анализ и установление причинно-следственной связи);

4) халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы мен қоршаған ортаға төнетін қатерлердің алдын алу үшін санитариялық-эпидемияға қарсы және санитариялық-профилактикалық іс-шаралар жүргізуді ұйымдастырсын (организовать проведение санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий для предотвращения угроз санитарно-эпидемиологическому благополучию населения и окружающей среде).

4. Тергеп-тексеру ____ жылғы "___" ____ бастап ___ жылғы "___" _____ дейінгі кезеңде жүргізілсін (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**	**Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)** **Ф.И.О. (при его наличии)**

Акт ___ данада жасалды (Акт составлен в ___ экземплярах).

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
14-қосымша

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

Приложение 14 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ___ жылғы "___" _____ №___ ____ бұйрығымен бекітілген № 014/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 014/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ___года №_____

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

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

"___" ___ 20__ жыл (года) №____ Елді мекен (населенный пункт): _____

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

(қажетінің астын сызу керек) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)

(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 ____ жылғы "____" _____ 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	Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

Акт ___ данада жасалды (Акт составлен в ___ экземплярах).

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
15-қосымша

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

Приложение 15 к приказу

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 015/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 015/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___года №_____

"___" ___ 20__ жыл (года) №____ Елді мекен (населенный пункт): _____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру нәтижелері туралы акті
Акт о результатах расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения

____ жылғы "___" ____ бастап ___ жылғы "___" _____ аралығында жүргізілген халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру нәтижелері бойынша 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 дара 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 (Сведения о пострадавших):

№	Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))	Туған жылы (Год рождения)	Мамандығы, жұмыс өтілі (Профессия, стаж)	(Зиянның ауырлық дәрежесі) Степень тяжести причинения вреда	Ескертпе (Примечание)

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

_____

_____ Бұл бөлімде, басқа мәліметтермен қатар мыналарды көрсету

қажет: объектінің жұмыс режимі (ол болған кезде), оқиғаға дейінгі жабдық (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 орындалды (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 нысанасының (оқиғаның) мән-жайлары (Обстоятельства предмета расследования (инцидента)): _____

____

_____

__

_____

__

5. Құжаттамамен танысып, тергеп-тексеру орнын қарап, түсініктеме, сараптама қорытындыларын зерделеп, тергеп-тексеру нысанасының куәгерлері мен оған қатысы бар адамдардан сұхбат алып, бұл жағдайдың мынадай себептерге байланысты екені анықталды (Ознакомившись с документацией, осмотрев место расследования, изучив объяснительные, заключения экспертизы и опросив очевидцев предмета расследования и лиц, причастных к нему, установили, что данный случай обусловлен следующими причинами):_____

_____

_____

__

_____
__

6. Тергеп-тексеру барысында халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы Қазақстан Республикасының заңнамасының мынадай бұзушылықтары анықталды (В ходе расследования установлены следующие нарушения законодательства Республики Казахстан в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения):_____
_____

_____
__

_____
__

7. 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)

8. Бұзушылықтарға жол берген заңды және жеке тұлғаларға қатысты жауапкершілік шаралары және оларды жазалаудың ұсынылған шаралары (заңнамалық және нормативтік құқықтық актілердің қандай талаптары орындалмағанын немесе бұзылғанын көрсету, іс-әрекеттерге баға беру) (Меры ответственности в отношении юридических и физических лиц, допустивших нарушения и предложенные меры их наказания (указать, какие требования законодательных и нормативных правовых актов не выполнены или нарушены ими, дать оценку действиям)):_____
_____

_____
__

9. Басқа ақпарат (Иная информация):

_____
__

_____
__

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

_____
__

11. Ерекше пікір (бар болса) ___парақта (Особое мнение (при наличии) на ___ листах).

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

_____

қолы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы (подпись, фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность)

Акт ___ данада жасалды (Акт составлен в ___ экземплярах).

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
16-қосымша

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

Приложение 16
к приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 20 августа 2021 года № ҚР
ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 016/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 016/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___года №_____

"___" ___ 20__ жыл (года) №____ Елді мекен (населенный пункт):_____

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

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

_____

_____

қажетінің астын сызу керек) (тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (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) _____

_____

(Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2017 жылғы 17 ақпандағы № 71 қаулысымен бекітілген Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі туралы ереженің 15-тармағының 113) тармақшасына сәйкес бекітілетін халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саласында бақылау мақсатында сатып алуды 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, утверждамыми согласно подпункту 113) пункта 15 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Казахстан, утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 17 февраля 2017 года № 71)

1. (Осуществить должностному (ым) лицу (ам)) _____

_____

(мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)

лауазымды тұлғасы(лары) _____

_____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)

_____ жылғы "____" ____бастап _____жылғы "____" ____ дейінгі мерзімде халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мынадай өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алуды жүзеге асырсын (в срок с "____" __ _____года до "____" _____года контрольный закуп продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения следующей продукции (

товара)): _____
_____

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

2. 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**	**Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)** **Ф.И.О. (при его наличии)**

Акт ___ данада жасалды (Акт составлен в ___ экземплярах).

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
17-қосымша

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

Приложение 17
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ___ жылғы "___" _____ №___ ____ бұйрығымен бекітілген № 017/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 017/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ___года №_____

Өнімді (тауарды) сатып алу актісі
Акт покупки продукции (товара)

"____" _____ 20____ ж (г).	_____
	(толтыру орны)(место составления)

Мен, лауазымды тұлға (Мною, должностным лицом) _____ _____ _____ _____

(мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)

_____ _____

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы (фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность)

Осы өнімді (тауарды) сатып алу актісін жасадым (Составлен настоящий акт покупки продукции (товара)):

Өнімнің, тауардың атауы (Наименование продукции, товара)	**Өнім өндірушісі (Производитель продукции)**	**Өлшем бірлігі (Единица измерения)**	**Мөлшері (Количество)**	**Бірлік бағасы, теңге (Цена за единицу, теңге)**	**Жалпы сомасы, теңге (Итого сумма, теңге)**
1	2	3	4	5	6

Осы актіге қоса беріледі (К настоящему акту прилагаются) _____ _____

төлем құжаты, тауарларға ілеспе жүккұжат (платежный документ, сопроводительная накладная на товары)

Сатушы (Продавец)	**Лауазымды тұлға (Должностное лицо)**
_____ **лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (подпись, должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)**	_____ **лауазымы, тегі, аты,әкесінің аты (ол болған жағдайда), 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 (ол болған жағдайда) және қолы (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)

Акт ___ данада жасалды (Акт составлен в ___ экземплярах).

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
18-қосымша
Қазақстан Республикасының

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 018/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 018/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___года №_____

"___" ___ 20__ жыл (года) №____ Елді мекен (населенный пункт): _____

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 №___

____ жылғы "____" _____ халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алуды тағайындау туралы акті негізінде жүргізілген халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алу нәтижелері бойынша 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, ЖСН-і/БСН-і, мекенжайы (наименование торгового объекта, ИИН/БИН, 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) техникалық регламенттердің және (немесе) Еуразиялық экономикалық одақтың Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкестігін немесе сәйкесс есемтігін 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 шарасын қолдану туралы ақпарат (Информация о применении меры оперативного реагирования в отношении субъекта контроля и надзора):

_____

(алынатын (кері 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 (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Акт ___ данада жасалды (Акт составлен в ___ экземплярах).

Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
19-қосымша

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

Приложение 19
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 019/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 019/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Вирусологиялық зерттеуге жолдама Направление на вирусологическое исследование

(от) "___" _____ 20____ ж. (г.)

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

2. Жолданған материал: вирусқа зерттеу үшін аңқадан, мұрыннан алынған жағынды , жұлын сұйықтығы, қан, нәжіс (астын сызыңыз немесе толықтырыңыз) (Направляется материал: мазок из зева, носа, ликвор, кровь, фекалии для исследования на вирус) (подчеркнуть или дополнить) _____
___

3. Науқас адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) больного человека) _____ _____

_____

4. Науқас адамның ЖСН-і (ИИН больного человека) _____

_____

5. Жасы (Возраст) _____

___

6. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

____

7. Балалардың мектеп ұйымы, оқу орны, жұмыс орны (Детская школьная организация, место учебы, место работы) _____

____

8. Ауырған күні (Дата заболевания) _____

___

9. Емдеуге жатқызу күні (Дата госпитализации) _____

___

10. Материал алынған күн (Дата взятия материала) _____

____

11. Диагнозы (Диагноз) _____

____

12. Аурудың негізгі симптомдары (Основные симптомы заболевания) _____

____

13. Қысқа эпидемиологиялық анамнез (Краткий эпидемиологической анамнез) ____

_____

14. Екпелер саны (Количество прививок) _____

_____

15. Соңғы егілу күні (Дата последней прививки) _____

____

Дәрігер (Врач) _____

_____

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
20-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 020/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 020/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ ____ года №_____

Дезинфекциялау камерасына жолдама
Направление в дезинфекционную камеру

Наряд бойынша (По наряду) № _____

Тұлғадан қабылданды (Приняты от физического лица) _____

Мекенжайы (Адрес) _____

Дезинфекциялау үшін алыну себебі (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)_____
___

Дезинфектордың Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) және қолы (Должность, Ф.И.О. (при его наличии) и подпись дезинфектора)

_____ 20__ жыл (год)

Камерадан заттарды қабылдап алдым (Вещи из камеры принял)_____
_____

_____
_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
21-қосымша

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

Приложение 21
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ № ____бұйрығымен бекітілген № 021/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 021/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Вирустық гепатиттердің маркерлеріне қанды зерттеуге жолдама
Направление на исследование крови на маркеры вирусных гепатитов

1. Тіркеу № (регистрационный №) _____
_____

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

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

_____
____

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

5. Алынған орны, күні және уақыты (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 көрсетілімдер: ағымдағы санитариялық қадағалау тәртібінде, эпидемиологиялық көрсетілімдер бойынша (астын сызу немесе қосып жазу) (Показания к исследованию: в порядке текущего санитарного надзора, по эпидемиологическим показаниям (подчеркнуть или дописать)) _____
_____

9. Тексерілетін адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) обследуемого) _____

10. Жасы (Возраст)_____
____

11. Тексерілетін адамның ЖСН-і (ИИН обследуемого) _____
_____

12. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____
_____

13. Жұмыс орны (Место работы)_____
_____

14. Диагнозы (Диагноз)_____
_____

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

_____
_____

_____ данада толтырылды (составлен в __ экземплярах)*.

*Құжат электрондық түрде толтырылған жағдайда қағаз жеткізгіште толтыруды талап етпейді. Не требует заполнения на бумажном носителе если документ заполняется в электронном виде.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
22-қосымша

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

Приложение 22
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтауминистрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ___ жылғы "___" _____ №___ ___бұйрығымен бекітілген № 022/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 022/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ___года №_____

Сынама үлгілерін _____ вирусологиялық зерттеуге жолдама (инфекция түрін көрсету)
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. Үлгілердің атауы және саны (Наименование и число образцов) _____ _____

_____

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

5. Алынған орны, күні және уақыты (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 көрсетілімдер: ағымдағы санитариялық бақылау тәртібінде, эпидемиологиялық көрсетілімдер бойынша (астын сызу немесе қосып жазу) (Показания к исследованию: в порядке текущего санитарного надзора, по эпид. показаниям (подчеркнуть или дописать))_____ _____

9. Тексерілетін адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) обследуемого)_____ ___

10. Жасы (Возраст)_____ ____

11. Зерттелушінің ЖСН-і (ИИН обследуемого) _____ _____

12. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____
_____

13. Жұмыс орны (Место работы)_____
_____

14. Диагнозы (Диагноз)_____
____

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

_____ данада толтырылды (составлен в __ экземплярах) *

*Құжат электрондық түрде толтырылған жағдайда қағаз жеткізгіште толтыруды талап етпейді. Не требует заполнения на бумажном носителе если документ заполняется в электронном виде.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
23-қосымша

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

Приложение 23
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____жылғы "___" _____ № _ ____бұйрығымен бекітілген № 023/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 023/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ____ года № _____

Материалды (зерттелушіден, науқас адамнан) қызылша мен қызамыққа зерттеуге жолдама
Направление материала (от обследуемого, больного человека) для исследования на корь, краснуху

Облысы, ауданы/қаласы: **Область, район/город:**	**Науқас адамның эпиднөмірі: 1** **Эпидномер больного человека: 1**	**Күні: / / / ж** **Дата: / / / г**	
Науқас адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда): Ф.И.О. (при его наличии) больного человека:		Е М	Ә Ж
Науқас адамның ЖСН-і (ИИН больного человека)	Туған күні: / / / жыл Дата рождения: / / / года	Жасы (айы): / /ж Возраст (месяц): / /л	
Кәмелеттік жасқа толмаған балалар үшін анасының /әкесінің/қамқоршысының Т.А.Ә. (ол болған жағдайда): Ф.И.О. (при его наличии) матери/отца/опекуна для несовершеннолетних детей:			
Мекенжайы: Адрес:			
Қызылшаға, қызамыққа қарсы екпелер саны: Количество вакцинаций против кори, краснухи	Соңғы екпе егілген күні: Дата последней вакцинации:		
Дене қызуының көтерілген күні: / / / ж. Дата повышения температуры: / / / г.	Бөртпе пайда болған күні: / / / ж. Дата появления сыпи: / / / г.		
Бөртпенің түрі: Тип сыпи:			
Алдын ала қойылған клиникалық диагнозы: Предварительный клинический диагноз:			
Үлгісі: Образец:	Талдау алынған күн: / / / ж. Дата сбора: / / / г.	Жіберілген күн: / / / ж. Дата отправки: / / / г.	
(1)			
(2)			
Зерттеу нәтижелері жіберілуі тиіс қызметкердің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда): Ф.И.О. (при его наличии) сотрудника, которому должны быть отправлены результаты исследования:			
Мекенжайы: Адрес:			

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
24-қосымша

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

Приложение 24
к приказу Министра
здравоохранения

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген № 024/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 024/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ 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. Үлгілердің атауы және саны (Наименование и число образцов) _____

4. Ыдысы, қаптамасы, таңбалауы (Тара, упаковка, маркировка) _____

5. Сынама алынған орын (место отбора пробы) _____

6. Сынама алынған күні мен уақыты (дата и время отбора пробы) _____

7. Сынама алуға нормативтік құжаттың атауы (наименование нормативного документа на отбор проб) _____

8. Сынамаларды паразитологиялық зертханаға жеткізу уақыты және шарттары (Время и условия доставки проб в паразитологическую лабораторию) _____ _____

_____ _____

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

10. Зерттеуге көрсетілімдер: ағымдағы санитариялық бақылау тәртібінде, эпидемиологиялық көрсетілімдер бойынша (астын сызу немесе қосып жазу) (Показания к исследованию: в порядке текущего санитарного контроля, по эпидемиологического показаниям (подчеркнуть или дописать)) _____ _____

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

12. Сынақ әдісіне арналған нормативтік құжат (Нормативный документ на метод испытаний) _____ __

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
25-қосымша

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

Приложение 25
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___жылғы "___" _____№_____ бұйрығымен бекітілген № 025/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы		Медицинская документация Форма № 025/у

мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ____года № _____

Адамдардан алынған материалды микробиологиялық зерттеуге жолдама
Направление материала от людей на микробиологические исследования

1. Сынаманың атауы (Наименование пробы) _____ _____

2. Тексерілетін адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) обследуемого человека)____ _____ __

3. Тексерілетін адамның ЖСН-і (ИИН обследуемого человека) _____ _____

4. Жасы (Возраст)_____ _____

5. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____ _____

6. Жұмыс орны (Место работы)_____ ____

7. Диагнозы (Диагноз)_____ ____

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

9. Материалды алу күні және уақыты (Дата и время забора материала) _____ _____

10. Антибиотикті қолдану (Применение антибиотиков) _____ _____

11. Материал бірінші рет/қайталап алынды (Материал взят первично/повторно)____ _____

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

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

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

15. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)_____ _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
26-қосымша

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

Приложение 26
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген № _____ 026/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 026/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ года № _____

Адамдардан алынған материалды _____зерттеуге жолдама
Направление материала от людей на _____ исследования

1. Сынаманың атауы (Наименование пробы)_____
_____

2. Тексерілетін адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) обследуемого)

_____
_____

3. Жасы (Возраст)_____
_____

4. Тексерілетін адамның ЖСН-і (ИИН обследуемого) _____
_____

5. Үйінің мекенжайы (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. Материалды жіберген күні және уақыты (Дата и время направление материала)
15. Материалды жеткізу күні және уақыты (Дата и время доставки материала) _____
_____
_____
_____
16. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____
_____
17. Қосымша ақпарат (Дополнительная информация):
Ауырған күні (Дата заболевания) _____
_____
Қай елден келді (Страна прибытия) _____
_____
Науқаспен байланыс (Контакт с больным) _____
_____

Симптомдары (Симптомы) _____
_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
27-қосымша

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

Приложение 27
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ___жылғы "___" _____ №___ ___бұйрығымен бекітілген № 027/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 027/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ____года №_____

Материалды тырысқақ қоздырғышының болуына зерттеуге жолдама
Направление на исследование материала на наличие возбудителя холеры

1.Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)_____
_____

2. Науқас адамның ЖСН-і (ИИН больного человека) _____
_____

3. Жасы (Возраст)_____
_____

4. Мекенжайы (Адрес)_____
_____

5. Жұмыс орны (Место работы)_____
_____

6. Диагнозы (Диагноз) _____
_____

7. Сынаманы алу күні және уақыты (Дата и время взятия пробы) _____
___

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

9. Антибиотикті қабылдағаны туралы (Применения антибиотика) _____
_____

10. Жіберген мекеме (Направляющее учреждение) _____
_____

_____
_____

11. Үлгіні жіберген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О (при его наличии), подпись направившего материал)_____
_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
28-қосымша

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

Приложение 28
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген №028/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық		Медицинская документация Форма № 028/у

саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Материалды тырысқақ қоздырғышының болуына зерттеу нәтижесі
Результат исследования материала на наличие возбудителя холеры

№_____ "____" _____ 20___ж. (г.)

1. Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) _____

_____

2. Тексерілетін адамның ЖСН-і (ИИН обследуемого) _____

_____

3. Жасы (Возраст)_____

_____

4. Мекенжайы (Адрес)_____

_____

5. Жұмыс орны (Место работы) _____

___

6. Диагнозы (Диагноз) _____

_____

7. Сынаманы алу күні және уақыты (Дата и время взятия пробы) _____

__

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

___

9. Антибиотикті қабылдау (Применения антибиотика) _____

10. Жіберген мекеме (Направляющее учреждение) _____

___

11. Сынама атауы (Наименование пробы) _____

___

12. Жеткізу күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____

_____

13. Зерттеу мақсаты (Цель обследования) _____

_____

14. Материалды жіберген адамның лауазымы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)/ (Должность, Ф.И.О. (при его наличии) направившего материал)_____

_____

15. Зерттеу әдісіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод испытаний) _____
__

16. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования) _____
___

Үлгіні зерттеу нормативтік құжаттың сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие нормативного документа) _____
_____
____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда), Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы (Ф.И.О. (при его наличии), заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП.

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
29-қосымша

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

Приложение 29
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген №___ 029/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық		

саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 029/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ года №_____

Тамақ өнімдерінің және азық-түлік шикізатының үлгілерін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования образцов пищевых продуктов и продовольственного сырья

№ _____ от "____" _____ 20___ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____

_____

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

_____

3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____

_____

4. Мөлшері (Количество)_____

_____

5. Зерттеудің мақсаты (Цель исследования) _____

_____

6. Көлемі (Объем)_____

_____

7. Партия нөмірі (Номер партий) _____

_____

8. Шығарылған күні (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 шарттары (Условия транспортировки) _____

_____

14. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____

_____

15. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____
_____

16. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____
_____

17. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____
_____

18. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____
_____

Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)

Көрсетілімдер тобы Группа показателей (	Ингредиенттер көрсеткіштерінің және басқалар атауы (Наименование показателей ингредиентов и других)	Зерттеу әдісі Метод исследования	Анықталған шоғырландыру (Обнаруженная концентрация)	Нормативтік көрсеткіштер (Нормативные показатели)	Зерттеу әдістеріне арналған НҚ (НД на методы исследования)
1	2	3	4	5	6

Үлгіні зерттеу нормативтік құжаттың сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие нормативного документа)

_____
_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы, (Должность, Ф.И.О. (при его наличии), специалиста, проводившего исследование) ЭЦП
_____
___

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда), Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы (Ф.И.О. (при его наличии), ЭЦП заведующего лабораторией (при наличии), __
_____
___

_____
_____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ___ бұйрығына
30-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
30- қосымша
Приложение 30
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 030/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 030/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___года №_____

Суды микробиологиялық зерттеу хаттамасы
Протокол микробиологического исследования воды

№_____от "____" _____күні 20___ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____

2. Үлгіні алу орны (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. Көлемі (Объем)_____
_____

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

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

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____
_____

10. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____
_____

11. Сумен жабдықтау түрі (Тип водоснабжения) _____
_____

12. Сынақ жүргізу шарттары (Условия проведения испытаний): температура _____
_____, ылғалдығы (влажность) _____

13. Қосымша ақпарат (Дополнительная информация) _____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

Сынаманың тіркеу нөмірі (Регистрационный номер пробы)	Сынама атауы (Наименование пробы)	Көрсеткіштердің атауы (Наименование показателей)	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	НҚ бойынша норма (Норма по НД)	Зерттеу нәтижесі (Результат испытания)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытания)
1	2	3	4	5	6	7

Үлгіні зерттеу нормативтік құжаттың сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие нормативного документа) _____
_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста, проводившего исследование, ЭЦП)
_____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда), Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы (Ф.И.О. (при его наличии), заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП __
_____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ___ бұйрығына
31-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
31- қосымша
Приложение 31
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 031/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 031/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ года №_____

Шайындыларды микробиологиялық зерттеу хаттамасы
Протокол микробиологического исследования смывов

№_____(от) "____" _____ күні 20__ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
_____

2. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца) _____
_____

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

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

5. Мөлшері (Количество)_____
_____

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

7. Сынақ жүргізу шарттары (Условия проведения испытаний): температура _____ _____, ылғалдылығы (влажность)_____ _____

8. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____ _____

9. Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний) _____ _____

Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследований)

Үлгі нөмірі (Номер образца)	**Үлгіні алу орны және нүктелері (Место и точки отбора)**	**Нәтиже Результат**				**Ескертпе (Примечание)**
		Ішек таяқшалары тобының бактериялары (Бактерии группы кишечных палочек)	Алтын түстес стафилококк (Золотистый стафилококк)	Патогенді флора (Патогенная флора)	Шартты патогенді флора (Условно патогенная флора)	
1	2	3	4	5	6	7

Үлгіні зерттеу нормативтік құжаттың сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие нормативного документа)_____ _____ _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование.

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП.

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
32-қосымша

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

Приложение 32
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 032/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 032/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Тамақ өнімдерін және азық-түлік шикізатын микробиологиялық зерттеу хаттамасы
Протокол микробиологического исследования пищевых продуктов и продовольственного сырья

№_____от "____" _____20____ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
_____

2. Үлгіні алу орны (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 (Количество)_____
_____

7. Партия нөмірі (Номер партий)_____
_____

8. Шығарылған күні (Дата выработки) _____
_____

9. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
_____

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

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

12. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____
_____

13. Сақтау шарттары (Условия хранения)_____
_____

14. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____
_____

Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Микробиологиялық көрсеткіштер (Микробиологические показатели)	Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)	Нормаланатын көрсеткіш (Нормируемый показатель)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытания)
1	2	3	4	5	6

Үлгіні зерттеу нормативтік құжаттың сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие нормативного документа) _____
_____

_____
_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста, проводившего исследование, ЭЦП).
_____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда), Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП. __
_____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
33-қосымша

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

Приложение 33
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген** **№ 033/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 033/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ года №___

Микробиологиялық зерттеу (ауаны, топырақты, дәрілік нысандарды және басқалар (керегін көрсетіңіз)) хаттамасы

Протокол микробиологического исследования (воздуха, почвы, лекарственных форм и прочие (указать необходимое))

№_____(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. Көлемі (Объем)_____
_____

7. Мөлшері (Количество)_____
_____

8. Партия нөмірі (Номер партий) _____
_____

9. Шығарылған күні (Дата выработки) _____
_____

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

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

12. Сынақ жүргізу шарттары (Условия проведения испытаний): температура _____
_____, ылғалдығы (влажность)_____
_____

13. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____
_____

14. Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний) _____
___

15. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____
_____

Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгінің атауы. Үлгіні алу орны. (Наименование образца. Место отбора образца)	Микробиологиялық көрсеткіштер (топырақ) (Микробиологические показатели (почва)				
1	2	3	4	5	6	7

Үлгіні зерттеу нормативтік құжаттың сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие нормативного документа)

_____
_____
_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП _ _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП __ _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
34-қосымша

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

Приложение 34
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ___ жылғы "___" _____ №___ ____ бұйрығымен бекітілген № 034/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы		Медицинская документация Форма № 034/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Тасымалдаушылыққа микробиологиялық зерттеу нәтижесі
Результат микробиологического исследования на носительство

№_____от "__" _____20___ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____

_____

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

_____

3. Үлгінің атауы (Наименование 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 нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____

_____

8. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____

_____

9. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____

_____

10. Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний) _____

_____ _____

_____

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

_____

Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), (Ф.И.О. (при его наличии))	Туған жылы (Год рождения)	Жұмыс орны (Место работы)	Лауазымы (Должность)	Нәтиже (Результат)	Ескертпе (Примечание)
1	2	3	4	5	6	7

Үлгіні зерттеу нормативтік құжаттың сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие нормативного документа) _____
_____

_____
_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование.

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП.

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
35-қосымша

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

Приложение 35
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ____ жылғы "___" _____ № _ ____ бұйрығымен бекітілген** **№ 035/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере		Медицинская документация Форма № 035/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Казахстан от "____" _____ 20_ ___ года № _____

Нәжісті бактериологиялық зерттеу нәтижесі
Результат бактериологического исследования фекалий

№_____ от "____" _____20____ж. (г.)

1. Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя , отчество (при его наличии) обследуемого) _____ _____

2. ЖСН-і (ИИН) _____ _____

3. Жасы (Возраст) _____ _____

4. Зерттеу алғашқы, қайталап (исследование первичное, повторное) астын сызыңыз (подчеркнуть) _____ ____

5. Медициналық ұйым (Медицинская организация) _____ _____

6. Үлгінің келіп түскен күні (Дата поступления образца) _____ _____

7. Зерттеу аяқталған күн (Дата окончания исследования) _____ _____

8. Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

№	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 белсенділігі бар ішек		107-108	

	таяқшасы (Кишечная палочка с нормальной фермен.активностью)	107-108		
5.	Ферментативтік белсенділігі төмен ішек таяқшасы (Кишечная палочка со сниженной фермент.активностью)	105-107	106-107	
6.	Лактозаға теріс ішек таяқшасы (Лактозонегативная кишечная палочка)	< 104	< 105	
7.	Гемолитикалық белсенді ішек таяқшасы (Гемолитически активная кишечная палочка)	< 104	< 105	
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)	<105	< 105	
14.	Кандида тұқымдас санырауқұлақтар (Грибы рода кандида)	<103	<105	
15.	ТГТБ (НГОБ)	< 103	< 103	

№	Бөлініп алынған өсірінді (Выделенная культура)	Микробқа қарсы препараттардың атаулары (Наименование антимикробных препаратов)	Өсудің тежелу аймағының диаметрі (мм) (Диаметр зоны задержки роста) (мм)	Сезімтал (Чувствительный) (S)	Сезімталдығы төмен (Умеренно резистентный) (I)	Резистентті (Резистентный (R)	Сынақ әдісіне НҚ (НД на метод испытаний)

1	2	3	4	5	6	7	8

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование.

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП.

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
36-қосымша

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

Приложение 36
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №_____бұйрығымен бекітілген № 036/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 036/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №___

Мұнай өнімдерін қайта өңдеу үлгісін және арнайы сұйықтықтарды 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 нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____ _____

6. Үлгіні алу актісі (Акт отбора образца) №_____от_____ _____

7. Үлгінің сипаттамасы (Описание образца)_____ _

8. Көлемі (Объем) _____ __

9. Шығарылған күні (Дата выработки)_____ _____

жарамдылық мерзімі (срок годности) _____ _____

10. Партия нөмірі (Номер партий) _____ _____

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

_____ _____

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)

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

Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____ __

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование). _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП). _ _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
37-қосымша

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

Приложение 37
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 037/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 037/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ года №___

Молекулалық-генетикалық сынақтарға шикізат пен тамақ өнімдерін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования сырья и пищевых продуктов на молекулярно-генетические испытания

№_____от "____" _____20____ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____ _____

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____ _____

3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____ _____

4. Сынаққа арналған сынама саны (массасы) (количество (масса) пробы на испытание)

_____ _____

5. Қаптама түрі (Вид упаковки) _____

6. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца) _____ _____

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

8. Көлемі (Объем)_____ _____

9. Партия нөмірі (Номер партий) _____ _____

10. Шығарылған күні (Дата выработки) _____ _____

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

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

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

14. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____ _____

15. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____ _____

16. Шығарылған күні, сақтау мерзімі (Дата выработки, срок хранения) _____ _____

Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	**Үлгінің нөмірі (Номер образца)**	**Молекулалық-генетикалық көрсеткіштер (Молекулярно-генетические показатели)**	**Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)**		**Нормаланатын көрсеткіш (Нормируемый показатель)**	**Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытания)**
			Сапалық көрсеткіш (Качественный показатель)	Сандық көрсеткіш (Количественный показатель)		
1	2	3	4	5	6	7

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП) _ _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда), Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _ _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
38-қосымша

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

Приложение 38
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**_____жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 038/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 038/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ _____года №_____

Тамақ өнімдерін иммундық-ферментті талдау (ИФТ) әдісімен зерттеу хаттамасы
Протокол исследования пищевых продуктов методом иммуноферментного анализа (ИФА)

№_____от "____" _____20____ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____ _____

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____ _____

3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____ _____

4. Сынаққа арналған сынама саны (массасы) (Количество (масса) пробы на испытание) _____ _____

5. Партия нөмірі, қаптама түрі (номер партии, вид упаковки) _____ __

6. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца) _____ _____

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

8. Партия нөмірі (Номер партий) _____ _____

9. Шығарылған күні (Дата выработки) _____ __

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

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

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

13. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____
_____

14. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____
_____

15. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____
_____

16. Шығарылған 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)**	**Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытания)**
1	2	3	4	5	6
Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____ Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста, проводившего исследование, ЭЦП) _____					
Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _____ (QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)					

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
39-қосымша

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

Приложение 39
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы "___" _____ №_ ____ бұйрығымен бекітілген № 039/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 039/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ___ года №_____

Зоонозды және аса қауіпті инфекцияларға микробиологиялық зерттеу нәтижесі
Результат микробиологического исследования на зоонозные и особо опасные инфекции

№_____(от) "____" _____ күні 20____ ж. (г.)

1. Тексерілетін адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) обследуемого) _____

_____

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

_____

3. Үлгілердің зерттеу нәтижесін алатын мекеменің атауы (Наименование учреждения, получающего результат исследования образца) _____

_____

4. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

___

5. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

_____

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

_____

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

_____

8. Сынамалар саны (количество проб) _____

_____

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

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

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____
_____

Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследований)

Үлгінің нөмірі (Номер образца)	Алынған үлгілер атауы (Наименование отобранных образцов)	Зерттеу әдістері, реакция түрі (Методы исследования, вид реакции)	Зерттеу мақсаты (Цель исследования)	Зерттеу нәтижесі (Результаты исследования)
1	2	3	4	5

Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование).

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП.)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
40-қосымша

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

Приложение 40
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген** **№ 040/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 40/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Азық-түлік емес өнімдер мен шикізат үлгісін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования образца непродовольственной продукции и сырья

№_____от "____" _____ 20_____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____

2. Бұйымның атауы (Наименование изделия) _____

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

4. Бұйым жасалған материалға нормативтік құжат (Нормативный документ на материалы, из которого выполнено изделие) _____

5. Зерттеудің басталу, аяқталу күні (Дата начала исследования, окончания) _____

_____

6. Үлгінің сипаты (Описание образца) _____

_____

7. Көлемі (Объем)_____

8. Партия нөмірі (Номер партий) _____

9. Шығарылған күні (Дата выработки) _____
____

10. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
_____

11. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____
_____

Ингредиенттердің қоршаған орта объектілеріне (ауа, су, модельдік орта) көшуі (Миграция ингредиентов в объекты окружающей среды (воздух, вода, модельная среда))

Ингредиенттер көрсеткішінің атауы, өлшем бірлігі (Наименование показателя ингредиентов, единица измерения)	**Модельдік орта (Модельная среда)**	**Анықталған шоғырландыру (уыттылық параметрлері) параметрлері) Обнаруженная концентрация (параметры токсичности)**	**Рұқсат етілетін шоғырлану (Допустимая концентрация)**	**Зерттеулер әдістеріне НҚ НД на методы исследований**
1	2	3	4	5
Органолептикалық (Органолептические) :				
Физико-химиялық (Физико-химические):				
Токсикологиялық (Токсикологические) :				

Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП)._
_____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)__
_____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
41-қосымша

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

Приложение 41
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 041/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 041/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___года № _____

Аэроиондар шоғырлануын өлшеу хаттамасы
Протокол измерений концентрации аэроионов

№_____ (от) " " _____ күні 20_____ ж. (г.)

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

2. Өлшеу мақсаты (Цель измерения) _____ _____

3. Өлшеулер объект 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, куәліктің берілген күні мен нөмірі (Сведения о поверке, дата и номер свидетельства) _____

_____

6. Өлшеулер жүргізуге негіз болған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) в соответствии с которой проводились измерения)_____

_____

7. Негізгі көздер (Основные источники) _____

____

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

_____

9. Көлемі (Объем)_____

_____

10. Зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проводились на соответствие НД)_____

___

11. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____

_

12. Жұмыс орнының кескіні (Эскиз рабочих мест)_____

____

№ 1 кесте/ Таблица № 1

Реті бойынша нөмірі (Номер по порядку)	**Кескін бойынша нүктенің орны (Номер точек по эскизу)**	**Өлшеу орны (Место измерения)**	**Ауысым ішінде аймақта болу уақыты (Время пребывания в зоне в течении смены)**	**Аэроиондардың орташа шоғырлануы (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 шекті (Предельно-допустимая)	Өлшеулер (Измерения)	Рұқсат етілген шекті (Предельно-допустимая)	Өлшеулер (Измерения)	Рұқсат етілген шекті (Предельно-допустимая)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

№ 2 кесте/Таблица № 2

Аэроиондардың полярлығы	**Аэроиндардың шоғырлануы, р, (ион/см3) Концентрации аэроионов, р, (ион/см3)**											**Униполярлылық коэффициенті, У**
	Бірлік өлшеу мәні, рі, (Значения единичного измерения, рі)								Орташа мәндер (Средние значения)			

(Полярность аэроионов)	1	2	3	4	5	6	7	8	Рсред.	Pmin	Pmax	(Коэффициент унипол ярности, У)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
р+												
р-												

№ 1 кесте аэроиондардың орташа шоғырлануын және униполярлылық коэффициентін бірден анықтайтын аспаптың көрсеткіштері бойынша толтырылады (мысалы: МАС-01 аспабы).

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

Хаттаманың № 2 кестесі бірнеше өлшеулер орындалған және аэроиондар шоғырлануының орташа мәні және есептеу әдісімен униполярлылық коэффициенті анықталған жағдайда толтырылады.

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. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП ___ _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
42-қосымша

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

Приложение 42
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 042/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 042/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Діріл деңгейлерін өлшеу хаттамасы
Протокол измерения уровней вибрации

№_____ от "_____" _____ 20___ ж. (г.)

1. Объектінің толық атауы, мекенжайы, цех, учаске (Полное наименование объекта, адрес, 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, куәліктің күні мен нөмірі (Сведения о поверке, дата и номер свидетельства) _____
___

6. Өлшеулер жүргізуге негіз болған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД), в соответствии с которой проводились измерения) _____
_____

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

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

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

10. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний
(температура, влажность)) _____
_____

11. Өлшеу жүргізілген күні (Дата проведения замера) _____
__

Жұмыс орнының кескіні
(Эскиз рабочих мест)

р/с № пп	**Дірілдің әсеріне бағалау жүргізілген жабдық (Оборудование, для которого была проведена оценка воздействия вибрации)**	**Діріл түрі (Тип вибрации)**		**Акселерометр бағдары (ось) (Ориентация акселерометра (ось))**
		Жалпы (Общая)	Жергілікті (Локальная)	
1	2	3	4	5

Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)

р/с № №	**Орташа геометриялық жиіліктегі, Гц, үштен бір октавалық жолақтағы, дБ, діріл үдеуінің деңгейлері (Уровни виброускорения, дБ, в третьоктавных полосах со среднегеометрическими частотами, Гц)**											**Ось үшін діріл үдеуінің түзетілген деңгейі, дБ (Корректи**	**Цикл, операция үшін діріл үдеуінің түзетілген деңгейі, дБ (Корр**	**Діріл үдеуінің эквивалентті түзетілген деңгейі, дБ (Эквивален**	**Діріл үдеуінің рұқсат етілге н эквивалентті түзетілген деңгейі, дБ (Допу**

пп	1	2	4	8	16	31,5	63	125	250	500	1000	**рованный уровень виброоускорения для оси, дБ)**	**ектированный уровень виброоускорения для цикла, операции, дБ)**	**тный корректированный уровень виброоускорения, дБ)**	**стимый эквивалентный корректированный уровень виброоускорения, дБ)**
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Үлгіні зерттеу нормативтік құжатқа сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие нормативного документа) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП) _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
43-қосымша

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

Приложение 43
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген № 043/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 043/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года № _____

Шу, дыбыс оқшаулау деңгейлерін өлшеу хаттамасы
Протокол измерения уровней шума, звукоизоляций

№_____ (от) " " _____ күні 20_____ ж. (г.)

1. Объектінің толық атауы, мекенжайы, цех, учаске (Полное наименование объекта, адрес, 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 күні мен нөмірі (Дата и номер свидетельства) _____

7. Өлшеулер жүргізуге негіз болған нормативтік құжат (нормативный документ (НД), в соответствии с которой проводились измерения) _____

_____

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

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

9. Шу көзі және микрофондардың (датчиктер) орнатылған орындары мен олардың бағыты көрсеткімен көрсетілген үй-жайдың (аумақтың, жұмыс орнының, қол машинасының) кескіні. 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. Зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проводились на соответствие НД) _____

_____

10. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____

_____

11. Өлшеу жүргізілген күні (Дата проведения замера) _____

__

Өлшеулер нәтижелері
(Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	**Кескіні бойынша нүкте нөмірі (Номер точки по эскизу)**	**Өлшеу орны (жабдықтың маркасын, түрін, паспорт деректерін көрсету) (Место замера (указать марку, тип, паспортные данные оборудования))**	**Қосымша мәліметтер (өлшеу шарттары, шудың жұмыс ауысымы 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			
				Кең куысты (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)															
1	25	26	8	16	31,5	63	125	250	500	1000	2000	4000	8000	LA дыбыс деңгейі (дыбыстың эквивалентті деңгейі)/ LA дыбыстың ең жоғарғы деңгейі, дБА (Уровень звука LA (эквивалентный уровень звука)) / (Максимальный уровень звука LA, дБА)	Норма бойынша LA дыбыстың рұқсат етілетін деңгейі / LA дыбыстың ең жоғарғы рұқсат етілетін деңгейі, дБА (Допустимый уровень звука LA по норме) / (Максимальный допустимый уровень звука LA, дБА)
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Гц орташа геометриялық жиіліктегі үштен бір октавалық жолақтағы дБ-мен дыбыс қысымы деңгейлері (Уровни звукового давления в дБ третьоктавных полосах со среднегеометрическими частотами в Гц)															

100	125	160	200	250	320	400	500	630	800	1000	1250	1600	2000	2500	3150
27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Ауа шуын оқшаулау индексі Rw -дБ (Индекс изоляции воздушного шума Rw –дБ)		**Келтірілген соққы шуының оқшаулау индексі Lnw-дБ (Индекс изоляции приведенного ударного шума Lnw-дБ)**	
Өлшенген (Измеренное)	Нормативті көрсеткіш (Нормативный показатель)	Өлшенген (Измеренное)	Нормативті көрсеткіш (Нормативный показатель)
43	44	45	46

Хаттама _____ данада толтырылды (Протокол составлен в _____ экземплярах)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _ _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
44-қосымша

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

Приложение 44
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ___ жылғы "___" _____ №___ _ бұйрығымен бекітілген № 044/е нысанды медициналық құжаттама**

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 044/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ___ года №_____

Электрмагниттік өрісті, инфрақызыл, ультракүлгін және лазерлік сәулеленуді өлшеу хаттамасы

Протокол измерения электромагнитного поля, инфракрасного, ультрафиолетового и лазерного излучений

№_____от "____" _____ 20__ ж. (г.)

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

2. Өлшеу мақсаты (Цель измерения) _____ _____

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

4. Өлшеу құралдарының атауы, түрі, инвентарлық нөмірі (Наименование средства измерений, тип, инвентарный номер) _____ _____

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

6. Өлшеулер жүргізуге негіз болған нормативтік-техникалық құжаттама (Нормативно-техническая документация в соответствии с которой проводились измерения) _____ атап көрсетіңіз (перечислить)

7. Зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проводились на соответствие НД) _____ _____

8. Өндіруші ұйым нөмірлерімен белгіленген жабдықтардың, электромагниттік сәулелену көздерінің орналасуы көрсетілген және өлшеу нүктелері енгізілген үй-жайдың кескіні (Эскиз помещения с указанием размещения оборудования,

источников электромагнитных излучений обозначенных номерами организаций-изготовителей) и нанесением точек замеров) _____

_____

9. Өлшеу жүргізілген күні (Дата проведения замера) _____

_

Реті бойынша нөмірі (Номер по порядку)	**Кескін 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.)**	**Ауысым ішінде ЭМӨ аймағында болу уақыты (Время пребывания в зоне ЭМП в течении смены)**	**ЭМӨ кернеулілігі Напряженность ЭМП**					
						Электрлік құраушы бойынша, кВ/м, В/м (По электрической составляющей, кВ/м,В/м)		Магниттік құраушысы бойынша А /м, мкТл По магнитной составляющей А /м, мкТл		Электростатикалық өріс кВ/м, Электростатическое поле кВ/м	
						Өлшенген (Измеренное)	Рұқсат етілген шекті (Предельно-допустимое)	Өлшеулер (Измеренное)	Рұқсат етілген шекті (Предельно-допустимое)	Өлшенген (Измеренное)	Рұқсат етілген шекті (Предельно-допустимое)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Инфрақызыл, ультракүлгін лазерлік сәулелену қарқындылығы, 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)**	
Өлшенген (Измеренное)	Шекті рұқсат етілген (Предельно-допустимое)	Өлшенген (Измеренное)	Шекті рұқсат етілген (Предельно-допустимое)
13	14	15	16

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

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)	Көздің зауыттық нөмірі (Заводской номер источника)	Көздің шығарылған жылы (Год выпуска источника)	Ескертпе (Примечание)
17	18	19	20	21	22	23

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
45-қосымша

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

Приложение 45
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген № 045/есанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 045/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ года №_____

Өсімдік шаруашылығы өнімін нитраттардың болуына зерттеу хаттамасы
Протокол исследования растениеводческой продукции на содержание нитратов

№_____ от "_____" _____20__ ж. (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. Көлемі (Объем) _____
___
10. Партиялар нөмірі (Номер партий) _____
_____
11.Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
_____
12. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____
_____
13. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____
_____
14. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)_____
_

Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)

Өнімнің атауы (Наименование продукции)	**Нитраттардың анықталған қалдық құрамы (Обнаруженное остаточное содержание нитратов)**	**мг/кг**	**РЕМД нормативті көрсеткіштері, мг/кг (Нормативные показатели МДУ, мг /кг)**	**Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)**
1	2	3	4	5

Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП) _ _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _ _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
46-қосымша

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

Приложение 46
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ___ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 046/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 046/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ___ года №_____

Ауыл шаруашылығы өнімдерінің, тамақ өнімдерінің, судың, топырақтың, ауа ортасының үлгілерін (жоғары дәлдіктегі жабдықта) зерттеу хаттамасы

Протокол исследования образцов сельскохозяйственной продукции, продуктов питания, воды, почвы, воздушной среды (на высокоточном оборудовании)

№ _____ от "____" _____ 20__ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____

_____

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

____

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)_____

_____

4. Мөлшері (Количество)_____

_____

5. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)_____

_____

6. Көлемі (Объем)_____

_____

7. Партия нөмірі (Номер партии)_____

_____

8. Шығарылған 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 нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____

13. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)_____

_____

14. Сақтау шарттары (Условия хранения)_____

_____

15. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____

_____

16. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____

_____

17. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность))) _____

_____

18. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____
_____

Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)

Ингредиенттер көрсеткіштерінің және басқалардың атауы Наименование показателей ингредиентов и других	**Анықталған шоғырландыру Обнаруженная концентрация**	**Берілген шоғырлану Заданная концентрация**	**Сынақ әдістеріне арналған НҚ НД на методы исследования**
1	2	3	4
Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____ _____ Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование) _____			
Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _____ (QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)			

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
47-қосымша

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

Приложение 47
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____№_____ бұйрығымен бекітілген № 047/е нысанды медициналық құжаттама**

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 047/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ___ года №_____

Дезинфекциялау құралдарын зерттеу хаттамасы
Протокол исследования дезинфицирующих средств

№_____от "____"_____20____ ж.(г.)

1. Шаруашылық жүргізуші субъектінің, ұйымның атауы, мекенжайы (Наименование хозяйствующего субъекта, организации, адрес)_____ _____

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

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

4. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)_____ ____

5. Белсенді заттың % құрамы (% содержание действующего вещества)_____

6. Көлемі (Объем)_____ _____

7. Шығарылған күні (Дата выработки) _____ __

8. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний

(температура, влажность)) _____ ___

9. Зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проводились на соответствие НД)___

Қосымша деректер (Дополнительные сведения)_____

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)**

1	2	3	4	5	6

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП) _ _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _ _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
48-қосымша

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

Приложение 48
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ___ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 048/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 048/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ___ года №_____

_____ серологиялық зерттеулер нәтижесі (инфекция түріне)

Результат серологических исследований на _____ (вид инфекции)
№____ от "____" _____ 20____ж. (г.)

1. Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)_____
_____

2. Диагнозы (Диагноз)_____
___

3. ЖСН-і (ИИН)_____
_____

4. Мекенжайы (Адрес)_____
_____

5. Үлгіні жіберген ұйымның 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. Зерттеу НҚ-ға сәйкестікке жүргізілді (Исследование проводились на соответствие НД)_____
_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _
_____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
49-қосымша

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

Приложение 49
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___"_____№____ бұйрығымен бекітілген № 049/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 049/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Үлгілерді санитариялық вирусологияға зерттеу хаттамасы
Протокол исследования образцов на санитарную вирусологию

№_____от "____"_____ 20____ж. (г.)

1. Сынаманың атауы (Наименование пробы) _____

2. Үлгіні алу орны (Место взятия образца)_____

3. Үлгінің алынған күні (Дата отбора)_____

4. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
____
5. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____
_____
6. Реакцияның түрі (Вид реакции)_____
____
7. Үлгіні жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения направившего образец)
_____
___
8. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____
____
9. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования) _____
____
10. Зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проводились на соответствие НД) _____
_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование).

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП).

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
50-қосымша

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

Приложение 50
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 050/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 050/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____года №_____

_____ үлгілерді зерттеу нәтижесі (инфекция түрі)
Результат исследований образцов на _____ (вид инфекции)
№_____ "____" _____ 20___ж. (г.)

1. Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)_____
_____

2. ЖСН-і (ИИН) _____
_____

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____
_____

4. Жұмыс орны (Место работы) _____
____

5. Үлгіні жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения направивший образец) _____
_____

6. Диагнозы (Диагноз)_____
___

7. Мыналарды: аңқадан, мұрыннан алынған жағындыны, ликвор, қан, нәжіс сынамасын зерттеу кезінде (при исследовании: мазок из зева, носа, ликвор, проба крови , фекалии, взятые) _____ауыру күнінде (на день болезни)

8. Жасушалардың өсіріндісінде алынды (на культуре клеток получен) _____
_____

9. Бөлінген вирус (выделен вирус):_____
_____

10. Антигендермен зерттеу барысында (При исследовании с антигенами) _____
_____

11. Антиденелердің диагностикалық өсуі анықталды (Диагностический прирост антител обнаружен) _____
_____

12. Материалды алу күні (Дата забора материала)_____
____

13. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____
_____

Қан үлгісі Образец крови	Ауыру күні День болезни	Вирусқа антиденелер 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. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП __
_____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
51-қосымша

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

Приложение 51
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____№___ бұйрығымен бекітілген № 051/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 051/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Ағаш шикізаты мен ағаштан жасалған бұйымдардың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования радиоактивности древесного сырья и изделий из дерева

№_____ "_____" _____ 20 _____ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____

2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

4. Үлгінің келіп түсу уақыты (Дата поступления образца)_____

5. Зерттеу әдісі (Метод исследования)_____

6. Көлемі (Объем)_____

7. Партия нөмірі (Номер партий)_____

8. Шығарылған күні (Дата выработки)_____

9. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором) _____ №_____

10. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке) №_____ (от) "___" _____20___ ж.(г.)

11. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

12. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____
____

13. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____
____

14. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____

Өлшеуер нәтижелері
(Результаты измерений)

№	Үлгінің атауы Наименование образца	Меншікті тиімді белсенділік Cs-137(Бк/кг) Удельная эффективная активность Cs -137(Бк/кг)	Меншікті тиімді белсенділіктің рұқсат етілген деңгейі Cs-137 (Бк/кг) Допустимый уровень удельной эффективной активности Cs -137 (Бк/кг)	Меншікті тиімді белсенділік Sr - 90(Бк/кг) Удельная эффективная активность Sr - 90(Бк/кг)	Сынақ әдісіне НҚ НД на метод испытаний	Меншікті тиімді белсенділіктің рұқсат етілген деңгейі Sr- 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. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП __
_____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
52-қосымша

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

Приложение 52
к приказу Министра
здравоохранения

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 052/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 052/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ года №_____

Топырақтың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования радиоактивности почвы

№_____ "_____" _____ 20_____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____

_____

2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____

_____

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

_____

4. Үлгінің келіп түсу уақыты (Дата поступления образца)_____

_____

5. Зерттеу әдісі (Метод исследования)_____

_____

6. Көлемі (Объем)_____

_____

7. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором)_____

_____ №_____

_____

8. Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке) №_____

____ (от) "_____"_____20____ ж.(г.)

9. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

_____

10. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____

_____

11. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____

_____

12. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____

_____

Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)

№	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	Алу нүктесі (Точка отбора)	Меншікті тиімді белсенділік, Бк/кг (Удельная эффективная активность, Бк/кг)					
				Альфа белсенділігінің жиынтығы (Суммарная альфа-активность)	Бета белсенділігінің жиынтығы (Суммарная бета-активность)	Cs- 137	Ra -226	Th- 232	K-40
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
53-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
53- қосымша
Приложение 53

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 053/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 053/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ____ года №___

Құрылыс материалдары мен бұйымдарының радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования радиоактивности строительных материалов и изделий

№_____от "_____"_____20 _____ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____ _____

2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____ _____

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____ _____

4. Зерттеу әдісі (Метод исследования)_____ _____

5. Көлемі (Объем)_____ _____

6. Партия нөмірі (Номер партий)_____ _____

7. Шығарылған күні (Дата выработки)_____ _____

8. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____ _____

9. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором)_____ _____ №_____

10. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке) №_____ ____

(от) "_____" _____20____ ж.(г.)

11. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД) _____ __

12. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____ _____

13. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____ _____

14. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность))) _____ _____

Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)

р/с № п/п	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Меншікті тиімді белсенділік, Бк/кг (Удельная эффективная активность, Бк/кг)	Меншікті тиімді рұқсат етілген белсенділіктің деңгейі,Бк/кг (Допустимый уровень удельной эфективной активности (Бк/кг))	Құрылыс заттарының класы (Класс строительного материала)	Зерттеу әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	Құрылыс материалдарын пайдалану шарттары (Условия использования строительных материалов)
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП __ _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
54-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
54- қосымша
Приложение 54
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____№___ бұйрығымен бекітілген № 054/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 054/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___года №___

Тыңайтқыштардың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования радиоактивности удобрений

№_____ "_____" _____ 20____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____
_____

2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
_____

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____
_____

4. Үлгіні алу уақыты (Время отбора образца)_____
_____

5. Көлемі (Объем)_____
____

6. Партия нөмірі мерзімі (Дата выработки)_____
_____

7. Зерттеу әдісі (Метод исследования)_____
_____

8. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором) _____
_____
_____№_____
___

9. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке) №_____
___ (от) "_____" _____20_____ ж.(г.)

10. Үлгіні зерттеу нормативтік құжатқа (НҚ) сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие нормативного документа (НД)) _____
__

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

12. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____
_____

13. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____
_____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

р/с № №п/п	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Меншікті белсенділік U-238 (Ra 226), Бк/кг (Удельная активность U-238 (Ra 226), Бк/кг)	Меншікті белсенділік Th-238 Бк/кг (Удельная активность Th-238 Бк/кг)	Радионуклидтердің меншікті белсенділігі жиынтығының мәні (А), Бк/кг (Значение суммы удельной активности радионуклидов (А), Бк/кг)	Сынақ әдісіне арналған (НД на метод испытаний)	Радионуклидтердің меншікті белсенділігі жиынтығының рұқсат етілген деңгейі 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. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП __ _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
55-қосымша

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

Приложение 55
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ___ жылғы "___" _____№___ бұйрығымен бекітілген № 055/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 055/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ _____ года №_____

Қоршаған орта объектілерінің және өндіріс қалдықтарының радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы

Протокол исследования радиоактивности объектов окружающей среды и отходов производства

№_____ "_____" _____ 20 _____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____ _____

2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____ _____

3 Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____ _____

4. Зерттеу жүргізілген күн (Дата проведения испытания)_____ _____

5. Зерттеу әдісі (Метод исследования)_____ _____

6. Көлемі (Объем)_____ _____

7. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором) _____ _____ №____

8. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке) №_____ _____ (от) "_____" _____20____ ж.(г.)

9. Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД) _____ _____

10. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____ _____

11. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____ _____

12. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность))) _____ _____

Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)

№	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Сынама алу нүктесі (Точка обора)	Радионуклидтердің меншікті тиімді белсенділігі (Бк/кг) (Удельная эффективная активность радионуклидов, Бк/кг)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	Үлестік тиімді белсенділіктің рұқсат етілген деңгейі(Бк/кг) (Допустимый уровень удельной эффективной активности (Бк/кг))
1	2	3	4	5	6

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП __ _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
56-қосымша

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

Приложение 56
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ____ жылғы "___" _____№___ бұйрығымен бекітілген № 056/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 056/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20 _ _____года №_____

Судың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования радиоактивности воды

№ _____ "____" _____ 20_____ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____ _____

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____ _____

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)_____ _____

4. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____ _____

5. Үлгі алынған партияның көлемі (Объем партии, из которой отобран образец)____ _____

6. Көлемі (Объем)_____ _____

7. Үгілердің саны (Количество образцов)_____ _____

8. Өлшеу құралдары (Средства измерений)_____ _____ атауы, түрі, зауыттық нөмірі (наименование, тип, заводской номер) _____ _____

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

10. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)_____ ____

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

12. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____ _____

13. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) Условия проведения испытаний (температура, влажность) _____ _____

Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)

№	Ингредиенттер көрсеткіштерінің атауы (Наименование показателей ингредиентов)	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	Анықталған мән (Обнаруженное значение)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний(	Рұқсат етілетін құрамы (Допустимое содержание)

1	2	3	4	5	6

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП __ _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
57-қосымша

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

Приложение 57
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген № 057/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 057/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ _____года № _____

Жұмыс орындарын дозиметриялық бақылау хаттамасы
Протокол дозиметрического контроля рабочих мест

№_____ "_____" _____ 20_____ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____

__

2. Өлшеулер жүргізілетін орын, бөлім, цех, (Место проведения замеров, отдел, цех)

_____

_____

_____

3. Өлшеулер тексерілетін объект өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого объекта) _____

_____

4. Өлшеу мақсаты (цель измерения) _____

____

Пайдалануға енгізу, жөндеу, инвентаризация және т.б. (Ввод в эксплуатацию, ремонт, инвентаризация и д.р.) _____

_____

5. Өлшеу әдісі (метод измерения)_____

_____

6. Өлшеу құралдары, атауы (Средства измерений, наименование) _____

_____

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

___

8. Өлшеу шарттары туралы қосымша деректер (Дополнительные сведения об условиях измерения)_____

_____

9. Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

_____

10. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____

_____

11. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____

_____

12. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____

_____

Өлшеулер нәтижелері
(Результаты измерений)

р/с № № 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 доза (мкЗв/ч, част/(см2* мин), (Измеренная доза(мкЗв/ч, част/(см2* мин)),	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	Рұқсат етілетін деңгейі (Допустимый уровень)
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _ _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
58-қосымша

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

Приложение 58
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_**

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**_____жылғы "___" _____№___ бұйрығымен бекітілген № 058/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 058/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ _____года №_____

Дозиметриялық бақылау хаттамасы
Протокол дозиметрического контроля

№ _____ "__" _____ 20__ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____ _____

2. Өлшеулер жүргізілген орын, бөлім, цех, квартал (Место проведения замеров, отдел, цех, квартал) _____ _____

3. Өлшеу мақсаты (Цель измерения) _____ _____

4. Өлшеулер тексерілетін объект өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого объекта) _____ _____

5. Өлшеу құралдары (Средства измерений) атауы, түрі, зауыттық нөмірі (наименование, тип, заводской номер) _____ _____

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

7. Өлшеу шарттары туралы қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения об условиях измерения) _____ _____

8. Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний)_____ _____

9. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____ _____

10. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____ _____

11. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____
_____

Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	**Өлшеу жүргізілген орын Место проведения измерений**	**Дозаның өлшенген қуаты (мкЗв/сағ, н/сек) Измеренная мощность дозы(мкЗв/сағ, н/сек)**			**Дозаның рұқсат етілетін қуаты (мкЗв/сағ, н/сек) Допустимая мощность дозы (мкЗв/сағ, н/сек)**		
		Еденнен (жерден)биіктікте На высоте от пола (грунта)			Еденнен (жерден)биіктікте На высоте от пола (грунта)		
		0,1м	1м	1,5м	0,1м	1м	1,5 м
1	2	3	4	5	6	7	8

Зерттеулер мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП __
_____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
59-қосымша

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

Приложение 59
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 059/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 059/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Атмосфералық ауаның және жауын-шашынның радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы
Протокол исследований радиоактивности атмосферного воздуха и осадков

№ ____ "____" _____ 20____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____

_____

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

_____

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)_____

_____

4. Зерттеу әдісі (Метод исследования)_____

_____

5. Зерттеуге алынған сорылатын ауаның/жауын-шашынның көлемі (Объем прокаченного воздуха/осадков взятой на исследование) _____

_____

6. Уақыты (Время) _____

_____

7. Өлшеу құралдарының атауы (Наименование средств измерений) _____

_____

8. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке)_____

_____

9. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)_____

_____

10. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____

_____

11. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____ _____

12. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____ _____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Көрсеткіштердің атауы (Наименование показателей)	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	Анықталған шоғырландыру / Радионуклидтердің меншікті тиімді белсенділігі, Бк/кг (Обнаруженная концентрация / Удельная эффективная активность радионуклидов, Бк/кг)	Рұқсат ететін құрамы (Допустимое содержание)
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП) _ _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _ _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
60-қосымша

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

Приложение 60
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 060/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 060/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Висцеральды және тері лейшманиозына зерттеу хаттамасы Протокол исследований на висцеральный и кожный лейшманиоз

№_____ "_____"_____ 20____ж. (г.)

1. Үлгілердің атауы және саны (Наименование и число образцов)_____

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

3. Алынған орны, күні мен уақыты (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. Тексерілетін адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) обследуемого) _____

7. Жасы (Возраст)_____
_____

8. Зерттелушінің ЖСН-і (ИИН обследуемого) _____
_____

9. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____
_____

10. Жұмыс орны (Место работы) _____
_____

11. Диагнозы (Диагноз)_____
_____

12. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____
_____

13. Үлгі алу әдісіне арналған НҚ (НД на метод отбора) _____
_____

14. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования) _____
_____

15. Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД)_____
__

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _
_____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
61-қосымша

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

Приложение 61
к приказу Министра
здравоохранения

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____№___ бұйрығымен бекітілген № 061/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 061/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Емшек сүтін зерттеу хаттамасы
Протокол исследований грудного молока

№ _____ (от) "_____" _____ 20_____ ж.(г.)

1. Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)_____

_____

2. Жасы (возраст) _____ИИН (ЖСН) _____

_____

3. Диагнозы (Диагноз) _____

_____

4. Медициналық ұйым (Медицинская организация) _____

_____

5. Үлгі алынған күні мен уақыты (Дата и время взятия образца) _____

_____

6. Үлгіні жеткізу күні мен уақыты (Дата и время доставки образца) _____

_____

7. Үлгінің мөлшері (Дата и время доставки образца) _____

_____

8. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

_____

9. Нәтижесі (Результат)_____

_____

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
62-қосымша

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

Приложение 62
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____№___ бұйрығымен бекітілген № 062/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 062/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Ашық түрдегі радиоактивті заттармен жұмыс кезіндегі дозиметриялық және радиометриялық өлшеулер 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, атауы, түрі, зауыттық нөмірі (Средства измерений, наименование, тип, заводской номер) _____ _____

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

7. Көздердің және өлшенетін бақылау нүктелерінің орналасу схемасы (Схема расположения источников и контрольных точек измерения) _____ _____

8. Сынақ әдісіне НҚ (НД на метод испытаний) _____

9. Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД) _____ _____

10. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____ _____

11. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____ _____

12. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____ _____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

р/с №	Өлшеулер жүргізілген орын	Сәулелену түрлері	Өлшеу нүктесі (өлшенетін беттен қашықтық, м; см)	Өлшенген доза (мкЗв/сағ, жиілік/ (см2*мин)	Рұқсат етілетін деңгейі

№ п/п	Место проведения измерений	(Виды излучения)	(Точка измерения (расстояния от измеряемой поверхности, м; см))	(Измеренная доза(мкЗв/ч, част/(см2*мин))	(Допустимый уровень)
1	2	3	4	5	6

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _ _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
63-қосымша

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

Приложение 63
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____жылғы "___" _____ №__ _ бұйрығымен бекітілген № 063/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы		Медицинская документация Форма № 063/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Рентген кабинетіндегі рентген сәулесін дозиметриялық өлшеу хаттамасы
Протокол дозиметрических измерений рентгеновского излучения в рентгеновском кабинете

№_____ "_____"_____ 20____ж. (г.)

1. Мекеменің атауы (Наименование учреждения)_____

_____

2. Мекенжайы (Адрес)_____ Корпусы (корпус) _____Қабат (этаж)

_____

Бөлме (комната)_____

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

_____

4. Кабинеттің мақсаты (Назначение кабинета)_____

_____

телефоны (телефон)_____

_____

5. Аппарат _____

_____

6. Техникалық паспорт (Технический паспорт) №_____

_____

7. Жарамдылық мерзімі дейін (срок действия до)_____

_____

8. Анодтық кернеу _____ кВ, Жалпы сүзгі (Общий фильтр) _____

_____

9. Қосымша сүзгі (Дополнительный фильтр) _____ мм Al (Cu)_____

_____

10. Өлшеу тін-эквивалентті фантоммен жүргізілді (Измерения проводились с тканеэквивалентным фантомом) _____

_____

11. Дозиметр түрі (дозиметром типа)_____ № _____

____, тексеру туралы сертификат (сертификат о поверке) № _____ от _____

_____

12. Сынақ әдісіне НҚ (НД на метод испытаний) _____

___

13. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____

_____

14. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____
_____

15. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____
_____

Кабинет сызбасы (Чертеж кабинета) Кабинетпен жапсарлас үй-жайлар (Смежные с кабинетом помещения) Жабдықтың орналасуы (размещение оборудования)

											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 қабырғ

											асының артында (За стеной Д)

ӨЛШЕУЛЕР НӘТИЖЕЛЕРІ (РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗМЕРЕНИЙ) (Жұмыс жүктемесі кезінде (при рабочей нагрузке) _____ мА·мин/нед.апта)

Өлш.нүк. № № точ. изм.	Өлшеулер орнының атауы (Наименование места измерения)		Сәулелену бағыты (Направление излучения)	I изм, мА	Доза қуаты (Мощность дозы)				ДМД, мкЗв/ч	Ескерте Примечание
					МД изм	• D изм, мкГр/сағ	• D прив, мкГр/сағ	• Е, мкЗв/сағ		
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10
Емшара жүргізілетін рентген кабинетімен 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 (За стеной Г)	Қабырға (Стена)								
13		Терезе (Окно)								
14		Есік (Дверь)								
15	Д қабырғасының артында (За стеной Д)	Қабырға (Стена)								
16		Терезе (Окно)								
17		Есік (Дверь)								
Рентген аппаратының басқару пультындағы рентген зертханашысының жұмыс орны (Рабочее место рентгенолаборанта у пульта управления рентгеновским аппаратом)										
18	Бас (Голова)									
19	Кеуде (Грудь)									
20	Жыныс бездері (Гонады)									
21	Аяқ (Ноги)									
•• Е-нің есептелген мәндері (Рассчитанные значения Е)										
Емшара жүргізілетін рентген кабинетіі (Процедурная рентгеновского кабинета)										
Рентгенолог-дәрігердің жұмыс орны (Рабочее место врача-рентгенолога)										
22	Бас (Голова)	Тік (Вертик)								
23		Көлденең (Гориз)								
24	Кеуде (Грудь)	Тік (Вертик)								
25		Көлденең (Гориз)								
26	Жыныс бездері (Гонады)	Тік (Вертик)								
27		Көлденең (Гориз)								
28	Аяқ (Ноги)	Тік (Вертик)								
29		Көлденең (Гориз)								
		Тік (Вертик)	• Есептелген Е							

Барлығы (Всего)	Көлденең (Гориз)	• Рассчитанные Е				

Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _ _____(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
64-қосымша

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

Приложение 64
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**	**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____жылғы "___" _____ №_ __ бұйрығымен бекітілген** **№ 064/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере	Медицинская документация Форма № 064/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ _____года №_____

санитарно-эпидемиологического благополучия населения		

Металды, металдан жасалған бұйымдарды және металл сынықтарын дозиметриялық бақылау хаттамасы Протокол дозиметрического контроля металла, изделия из металла и металлолома

№_____ "_____" _____ 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. Тексеру туралы мәліметтер, куәліктің күні мен нөмірі (Сведения о поверке, дата и номер свидетельства)_____ _____

8. Жергілікті жердің табиғи гамма-фонның ЕТТД-сы (көрсеткіш) (МЭД (показатель) естественного гамма-фона местности)_____ ___

9. Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)_____ _____

10. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____ _____

11. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____ _____

12. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____ _____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

р/с № № п/п	Үлгі атауы (Наименование образца)	Альфа-бөлшектер ағыны, Бк/см2х мин Поток Альфа-частиц, Бк / см2х мин		Бета-бөлшектер ағыны, Бк /см2х мин Поток Бета-частиц, Бк /см2х мин		Гамма-сәулеленудің ЕТТД-сы мкЗв /с МЭД гамма-излучения, мкЗв/ час	
		Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)	Рұқсат етілген деңгейлер (Допустимые уровни)	Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)	Рұқсат етілен деңгейлер (Допустимые уровни)	Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)	Рұқсат етілген деңгейлер (Допустимые уровни)
1	2	3	4	5	6	7	8

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _ _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
65-қосымша

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

Приложение 65
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____жылғы "___" _____№___ бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ ____ года №_____

Үй-жайлар ауасында радонның және оның ыдырау өнімдерінің болуын өлшеу хаттамасы
Протокол измерений содержания радона и продуктов его распада в воздухе помещений

№ _____ "_____" _____ 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 куәліктің күні мен нөмірі (Сведения о поверке, дата и номер свидетельства) _____ ____

7. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____ ____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі		**Радонның өлшенген, тепе-тең, эквивалентті**		**Рұқсат етілетін шекті шоғырлану Бк/м3 (Допустимая концентрация Бк/м3)**	

Регистрационный номер	Өлшеу жүргізілген орны Место проведения измерений	көлемді белсенділігі, Бк/м3 (Измеренная, равновесная, эквивалентная, объемная активность радона, Бк/м3)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	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

Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _ _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуға жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
66-қосымша

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

Приложение 66
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**_____жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген** **№ 066/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 066/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Жеке дозаларды өлшеу хаттамасы Протокол измерения индивидуальных доз

№ _____ от "_____" _____ 20____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____

_____

2. Адамдар санаты (Категория лиц) (А,Б,В) _____

__

3. Өлшеу әдісі (Метод измерения) _____

_

4. Өлшеу құралдары, атауы, түрі, зауыттық нөмірі (Средства измерений, наименование, тип,

заводской номер) _____

_____

5. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке)_____

_____

6. Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)_____

_____

7. Үлгіні__ерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

_

Өлшеулер нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	**Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))**	**Лауазымы (Должность)**	**Дозиметрдің нөмірі (Номер дозиметра)**	**мЗв-мен өлшенген доза (Измеренная доза в мЗв)**
1	2	3	4	5

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

_____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _

_____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
67-қосымша

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

Приложение 67
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 067/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 067/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Микробиологиялық зерттеу нәтижесі
Результат микробиологического исследования

№_____ "_____" _____ 20____ж. (г.)

1. Биологиялық үлгі алынған күн (Дата взятия биологического образца) "_____" __ _____20____ж. (г.)

2. Талдаудың берілген күні (Дата выдачи анализа) "_____"_____20 ___ж.(г.)

3. Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого) _____жасы (возраст) ____ ЖСН (ИИН)_____

4. Диагнозы (Диагноз)_____ _____

5. Медициналық ұйымы (Медицинская организация)_____ _____

бөлімше (отделение)_____ _____

6. Зерттеу кезінде (При исследовании)_____ _

үлгіні көрсетіңіз (указать образец)

7. Нәтижесі (Результат)_____ _____

8. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)_____ _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _ _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
68-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
68- қосымша
Приложение 68
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы "___" _____№ ___ бұйрығымен бекітілген № 068/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 068/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Күлдің радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования радиоактивности золы

№_____ "_____" _____ 20_____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____

_____

2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____

_____

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

____

4. Үлгілерді алу уақыты (Время отбора образца)_____

____

5. Зерттеу әдісі (Метод исследования)_____

_____

6. Көлемі (Объем)_____

_____

7. Партиялар нөмірі (Номер партий)_____

____

8. Шығарылған күні (Дата выработки)_____
_____
9. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором)_____
_____ №_____
10. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке) №_____
_____ (от) "___" _____20___ ж.(г.)
11. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД) _____
_____
12. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____
_____
13. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____
_____
14. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____
_____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

р/с № № п/п	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Радионуклидтердің меншікті белсенділігінің мәндері (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 класы (Класс радиационной опасности золы)	Күлдің пайдалану шарттары (Условия использования золы)	Сынақ әдісіне арналған НҚ-ры (НД на метод испытаний)
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)
____
Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _
___
(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)
Сынау нәтижелері тек сыналуға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
69-қосымша

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

Приложение 69
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___жылғы "___" _____№___ бұйрығымен бекітілген № 069/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 069/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___года №_____

Материалдардың, шикізаттардың, бұйымдардың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования радиоактивности материалов, сырья, изделий

№ ____ "____" _____ 20_____ ж.(г.)

1. Объект атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____
_____

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____
_____

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)_____
_____

4. Зерттеу әдісі (Метод исследования)_____
_____

5. Өлшеу құралдары (Средства измерений)_____
_____

(атауы, (наименование)

6. Көлемі (Объем)_____
_____

7. Партиялар нөмірі (Номер партий)_____
_____

8. Шығарылған күні (Дата выработки)_____
_____

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

10. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД) _____
____

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

12. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____
_____

13. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность))) _____
_____

Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)

р/с № №п/п	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Көрсеткіштердің атауы (Наименование показателей)	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	Нақты меншікті тиімді белсенділік (Фактическая удельная эффективная активность)	Рұқсат етілетін құрамы (Допустимое содержание)
1	2	3	4	5	6

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)
_____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _
_____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
70-қосымша

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

Приложение 70
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ___ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 070/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 070/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ___ года №_____

Тамақ өнімдерінің радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования радиоактивности пищевых продуктов

№ _____ "____" _____ 20 _____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____ _____

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____ _____

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)_____
_____

4. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____
_____

5. Өлшеу құралдары (атауы) (Средства измерений (наименование))_____
_____

6. Көлемі (Объем)_____
_____

7. Партиялар нөмірі (Номер партий)_____
_____

8. Шығарылған күні (Дата выработки)_____
_____

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

10. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)_____
__

11. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдығы) Условия проведения испытания (температура, влажность) _____
_____

12. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____
_____

13. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____
_____

Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)

р/с № № п/п	**Үлгі атауы (Наименование образца)**	**Көрсеткіштердің атауы (Наименование показателей)**	**Өлшем бірлігі (Единица измерения)**	**Радионуклидтердің меншікті тиімді белсенділігі (Удельная эффективная активность радионуклидов)**	**Рұқсат етілетін құрамы (Допустимое содержание)**
1	2	3	4	5	6
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП)_____					

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда), Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)_____ (QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Зерттеу нәтижелері тек сыналатын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
71-қосымша

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

Приложение 71
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 071/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 071/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ года №___

Отын-энергетикалық минералдық шикізаттың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования радиоактивности топливно-энергетического минерального сырья

№_____ "_____" _____ 20 _____ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____
_____

2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
_____

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____
_____

4. Сынақ жүргізілген күн (Дата проведения испытаний) _____
_____

5. Зерттеу әдісі, көмірдің күлденуі (Метод исследования, зольность угля) (%)_____
_____

6. Көлемі (Объем)_____
_____

7. Партиялар нөмірі (Номер партий)_____
_____

8. Шығарылған күні (Дата выработки)_____
_____

9. Зерттеу мына аспаппен жүргізілді (Исследования проводились прибором)_____
_____
_____ №_____
_____

10. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке №_____
_____
(от) "_____" _____20____ ж.(г.)

11. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)_____
____

Өлшеу нәтижелері / (Результаты измерений)

р/с № № п\п	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Радионуклидтердің меншікті белсенділігінің мәнінің қосындысы МАУБ (С көмір) (Значения суммы отношений удельной активности радионуклидов к МЗУА (С уголь))	Сынақ әдісіне арналған НҚНД на метод испытаний	Рұқсат етілетін деңгейі (Скөмір) (Допустимый уровень (С уголь))	Көмірдің радиациялық қауіптілік класы (Класс радиационной опасности угля)	Көмірді пайдалану шарттары (Условия использования угля)
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _ _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
72-қосымша

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

Приложение 72
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ №___бұйрығымен бекітілген № 072/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 072/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Адамдарды спектрометриялық өлшеу хаттамасы
Протокол спектрометрического измерения человека

№_____ "_____" _____20__ж. (г.)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)) _____ _____2. Жеке басын куәландыратын құжаттар (куәлік, төлқұжат) (Документы, удостоверяющие личность (удостоверение, паспорт) №_____ _ ЖСН (ИИН)_____

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____ _____

4. Жынысы (Пол) _____Жасы (Возраст)_____ Салмағы (Вес) ____ _____

5. Қосымша деректер (Дополнительные данные) _____ _____

6. Өлшеу мына аспаппен жүргізілді (измерение проводились на приборе) _____ _____ №_____

7. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке) № _____ _____

8. Өлшеу геометриямен жүргізілді (Измерение проводилось в геометрии) _____ _____

9. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)_____ _____

Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)

р/с № №п/п	Өлшенетін ағзаның атауы (Наименование измеряемого органа)	Меншікті тиімді белсенділік Cs-137 Бк/кг (Удельная эффективная активность Cs -137Бк/кг)	Меншікті тиімді белсенділікMn- 54Бк/кг (Удельная эффективная активность Mn - 54Бк/кг)	Меншікті тиімді белсенділік Cr -51Бк/кг (Удельная эффективная активность Cr -51 Бк/кг)	Меншікті тиімді белсенділік Co-60 Бк/кг (Удельная эффективная активность Co -60 Бк/кг)	Меншікті тиімді белсенділік I-131 Бк/кг (Удельная эффективная активность I-131 Бк/кг)
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _ _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
73-қосымша

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

Приложение 73
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы "___" _____ №__ _ бұйрығымен бекітілген № 073/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 073/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20 _ _____года №_____

Жағындылар әдісімен алынатын ластануды зерттеу хаттамасы
Протокол исследования снимаемого загрязнения методом мазков

№_____ "_____" _____ 20_____ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта,адрес)_____ _____

2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____ _____

3. Үлгілердің алынған күні (Дата отбора образца)_____
_____

4. Объекті пайдаланатын ИСК түрі (Вид ИИИ использующих объектом) _____
_____

_____
_____

5. Зерттеу әдісі (Метод исследования)_____
_____

6. Зерттеу мына аспаппен жүргізілді (Исследования проводились прибором)_____
_____

_____ №_____
_____

7. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке) №_____
_____

(от) "_____"_____ 20_ ж.(г.)

8. Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)_____
_____

9. Сәуле көздерінің және бақылау нүктелерінің орналасу схемасы (Схема расположения источников и контрольных точек) _____
_____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

р/с № №п/п	Алынатын ласты бақылау орны (Место контроля снимаемого загрязнения)	Анықталған белсенділік, Бк/см2 Обнаруженная активность, Бк/см2		Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)
		Жиынтық альфа-белсенділік (Суммарная альфа-активность)	Жиынтық бета-белсенділік (Суммарная бета-активность)	
1	2	3	4	5

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _
_____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Зерттеу нәтижелері тек сыналатын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
74-қосымша

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

Приложение 74
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген № 074/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 074/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20 _ ____года №_____

Радионуклидтік терапиядан кейін пациенттердің экспозициялық дозасының қуатына өлшеу жүргізу хаттамасы

Протокол проведения измерений мощности экспозиционной дозы пациентов после радионуклидной терапии

№_____ "_____" _____ 20_____ж.(г.)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)) _____ _____

2. Жеке басын куәландыратын құжаттар № ___(куәлік, төлқұжат, кім берген) (Документы, удостоверяющие личность №____ (удостоверение, паспорт, кем выдан))_____ _____ _____

керектісін сызу (нужное подчеркнуть)

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____ _____

4. Қосымша деректер (Дополнительные данные) _____ _____

5. Өлшеу мына аспапта жүргізілді (измерение проводились на приборе) № _____ _____

6. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке) № _____ _____

7. Өлшеулер түрегеп тұрған пациентке әр жағынан және әртүрлі деңгейде 1 м қашықтықта жүргізілді (Измерения проводились на расстоянии 1 м от стоящего пациента с разных сторон и на разных уровнях) _____ _____

8. Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)_____ _____

9. Зерттеулер мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проводились на соответствие НД) _____

Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)

Ағзаның атауы Наименование органа	**Өлшенген ЕТТД (мкЗв/ч) (Измеренная МЭД (мкЗв/сағ))**	**Рұқсат етілетін ЕТТД (мкЗв/ч) (Допустимая МЭД (мкЗв/сағ))**	**Ағзаның атауы (Наименование органа)**	**Өлшенген ЕТТД (мкЗв/ч) (Измеренная МЭД (мкЗв/сағ))**	**Рұқсат етілетін ЕТТД (мкЗв/ч) (Допустимая МЭД (мкЗв/сағ))**
Алдынан (Спереди)			Оң жақ бүйірінен (С правого бока)		
Қалқанша без (Щитовидная железа)			Қалқанша без (Щитовидная железа)		
Кеуде (Грудь)			Кеуде (Грудь)		
Асқазан (Желудок)			Асқазан (Желудок)		
Жыныс ағзалары (Половые органы)			Жыныс ағзалары (Половые органы)		
Артынан (Сзади)			Сол жақ бүйірінен (С левого бока)		
Қалқанша без (Щитовидная железа)			Қалқанша без (Щитовидная железа)		
Кеуде (Грудь)			Кеуде (Грудь)		
Асқазан (Желудок)			Асқазан (Желудок)		

Жыныс ағзалары (Половые органы)			Жыныс ағзалары (Половые органы)		

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _ _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
75-қосымша

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

Приложение 75
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ___ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 075/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 075/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ _____года №_____

Дайын тағамдар мен жартылай фабрикаттарды зерттеу хаттамасы
Протокол исследования готовых блюд и полуфабрикатов

№ _____ "____"_____ 20 _____ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____ _____

2. Тағамның, жартылай фабрикаттың атауы (Наименование блюда, полуфабриката) _____ _____

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

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

5. Көлемі (Объем)_____ _____

6. Партиялар саны (Номер партий)_____ _____

7. Шығарылған күні (Дата выработки)_____ _____

8. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____ _____

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

10. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____ _____

11 Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____ _____

12. Зерттеу әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний) _____ _____

13. Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД)_____

Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)

Сынама атауы (Наименование пробы)	Ингредиенттер көрсеткіштерінің және басқаларының атауы Наименование показателей	Анықталған шоғырландыру Обнаруженная концентрация	Нормативтік көрсеткіштер Нормативные показатели	Зерттеу әдісіне арналған НҚ

	ингредиентов и других			**НД на методы исследования**
1	2	3	4	5

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

_____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _ _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
76-қосымша

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

Приложение 76
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ___ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 076/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 076/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ____года №_____

Елді мекендердің атмосфералық ауасының сынамасын алу және зерттеу хаттамасы
Протокол отбора и исследования проб атмосферного воздуха населенных мест

№_____ "_____" _____20____ж. (г.)

1. Ауа үлгісі алынған орын (Место отбора образца воздуха) _____ _____

2. Үлгінің түрі (бір жолғы, тәуліктік орташа) (Вид образца (разовая, среднесуточная)) _____ _____

3. Үлгі сәйкестендіріліп алынған НҚ (НД, в соответствии с которой произведен отбор образца) _____ _____

4. Сынамалар алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора проб) _____ _____

5. Сынамалар жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки проб) _____ _____

6. Үлгілерді алуда қолданылған өлшем құралдары (Средства измерений, применяемые при отборе образца_____ _____

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

8. Жергілікті жердің сипаттамасы (Характеристика местности): _____ _____

рельефі (рельеф) _____ _____

жасыл желектер (зеленый массив) _____ _____

оның биіктігі (его высота) _____ _____

ластану көзінен арақашықтығы (расстояние от источника загрязнения) _____ _____

9. Жақын орналасқан объектілер (Близлежащие объекты) _____ _____

10. Үлгіні алған адамның лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица производившего отбор образца) _____

қолы (подпись) _____ _____

11. Аудан өкілінің атқаратын лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)

(Занимаемая должность представителя района, фамилия, имя, отчество (при его наличии)) _____қолы (подпись)_____

_

Нөмірлері (Номера)		**Үлгілерді алған орын (Точка отбора образцов)**	**Сынақ әдісіне НҚ (НД на метод испытаний)**	**Метеорологиялық факторлар (Метеорологические факторы)**				**Алу уақыты (сағ.,мин) (Время отбора (час,мин))**		
Сүзгілердің, сіңіргіштердің (Фильтров, поглотителей)	Кескіні бойынша алу нүктелерінің (Точек отбора по эскизу)			Атмосфералық қысым, мм. сын. бағ. (Атмосферное давление мм. рт. ст.)	Ауа температурасы Со (Температура воздуха)		Салыстырмалы ылғалдылығы (Относительная влажность)	Басталуы (Начало)	Аяқталуы (Конец)	Аспирация жылдамдығы, л/минутпен (Скорость аспирации, в л/мин)
					Құрғақ (Сухого)	Ылғалды (Влажного)				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Сіңіргіштер мен сүзгілердің 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, шоғырлануды зерттеу нәтижесі (Единицы измерения, результат исследования концентрации)**				**Зерттеу негізделіп жүргізілген нормативтік құжаттама (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)	
12	13	14	15	16	17

Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

__

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП)_

_____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _

_____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
77-қосымша

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

Приложение 77
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___жылғы "___" _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 077/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 077/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ года №_____

Жабық үй-жайлар мен жұмыс аймағы ауасының сынамасын алу және зерттеу хаттамасы
Протокол отбора и исследования проб воздуха закрытых помещений и рабочей зоны

№ _____ "_____" _____20_____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
_____

_____
_____

2. Ауа сынамаларын алу орны, цех, учаске, бөлімше, үй-жай, ғимарат, бөлме, сынып және басқалар

(Место отбора проб воздуха (цех, участок, отд., помещение, здание, комната, класс и другие)

_____

3. Алынған күні және уақыты (Дата и время отбора) _____

_____

4. Жеткізілген күні мен уакыты (Дата и время доставки)_____

_____

5. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____

_____

6. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____

_____

7. Сынамаларды алу кезінде қолданылатын өлшеу аспаптары (Средства измерений, применяемые при отборе проб)

_____

8. Тексеру туралы деректер (Сведения о поверке) _____

_____

9. Үй-жайдың сипаттамасы (Характеристика помещения) _____

_____

10. Жұмыс істейтін адамдар саны (Количество работающих человек) _____

_____

11. Ластанудың негізгі көздері (Основные источники загрязнения) _____

_____

12. Ластау көздері мен ауа сынамаларын алған жерлерді (алу нүктелерінің реттік нөмірлерін) көрсете отырып, 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) _____

_____

13. Ауа сынамасын алуға қатысқан тексерілетін объекті өкілінің лауазымы, тегі, аты , әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя обследуемого объекта, присутствующего при отборе воздуха), қолы (подпись) _____

_____

14. Технологиялық процестің сипаттамасы (Характеристика технологического процесса): Жұмыс істейтін жабдықтардың пайызы (Процент работающего оборудования) _____

_____

15. Режимі, қолмен орындалатын операциялар (Режим, наличие ручных операций) _ _____ ___

16. Ауа үлгісін алған адамның лауазымы Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Должность, Ф.И.О. (при его наличии), проводившего отбор воздуха) _____ _____ қолы (подпись)_____ _____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерения)

Нөмірлері Номера		**Үлгілерді алған орын (Точка отбора образцов)**	**Метеорологиялық факторлар (Метеорологические факторы)**				
Сүзгілердің, сіңіргіштердің (Фильтров, поглотителей)	Эскиз бойынша алу нүктелерінің (Точек отбора по эскизу)		Атмосфералық қысым, мм. сын.бағ. (Атмосферное давление мм.рт. ст.)	Ауа температурасы Со (Температура воздуха Со)			
				Құрғақ (Сухого)	Ылғалды (Влажного)	Салыстырмалы ылғалдылығы (Относительная влажность)	Ауа қозғалысының жылдамдығы (Скорость движения воздуха)
1	2	3	4	5	6	7	8

Арақашықтық 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

Сіңіргіштер мен сүзгілердің нөмірлері осы нысанның (№__) артқы бетіне сәйкес жүргізілетін жабық үй-жайлардың ауасын зерттеу нәтижелерін тіркеу журналынан көшіріп жазылады. Номера поглотителей и фильтров переписываются из журнала регистрации результатов исследования воздуха закрытых помещений, который ведется в соответствии с разворотом данной формы.

Анықталатын заттың, ингредиенттің 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 шоғырландыру (Обнаруженная концентрация)	РЕШШ, ӘБҚД және басқалар (ПДК, ОБУВ и другие)	

14	15	16	17

Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП)_ _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _ _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
78-қосымша

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

Приложение 78
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ____жылғы "___" _____ № ___ бұйрығымен бекітілген № 078/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере		Медицинская документация Форма № 078/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Казахстан от "____" _____ 20_ ____ года №_____

Жарықтандыруды өлшеу хаттамасы
Протокол измерений освещенности

№ _____ "_____" _____20____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы, цех, учаске, сынып, бөлме (Наименование объекта , адрес,

(цех, участок, класс, комната) _____ _____

2. Өлшеу мақсаты (Цель измерения) _____ _____

3. Өлшеулер тексерілетін объект өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого объекта) _____ _____

4. Фотоэлектрлік люксметр типі, инвентарлық (Фотоэлектрический люксметр типа, инвентарный) _____ ____

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

6. Өлшеулер негізделіп жүргізілген НҚ (НД, в соответствии которой проводились измерения) _____ _____

атап өтіңіз (перечислить)

7. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____ _____

8. Жабдықтардың орналасуы, шамдардың орналасуы, жарық беретін конструкциялардың орналасуы (терезе, жарық беретін шамдар) көрсетілген және өлшеу нүктелері енгізілген үй-жайдың эскизі (Эскиз помещения с указанием расстановки оборудования, размещения светильников, расположения светонесущих конструкций (окон, световых фонарей) и нанесением точек замеров) _____ _____

9. Өлшеу жүргізілген күні (Дата проведения замера) _____ _

Жасанды жарықты 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)	Жалпы, жергілікті, аралас жарықтандыру жүйесі (Система освещения общее, местное, комбинированное)	Шамның түрі, типі және маркасы (Вид, тип и марка ламп)	Жарықтандыру люкспен (Освещенность в люксах)	Нормалар бойынша рұқсат етілген, лк (Допустимая по нормам, лк)
1	2	3	4	5	6	7	8

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Эскиз бойынша нүкте нөмірі (Номер точки по эскизу)	Өлшеу орны (Место измерения)	Жұмыс разряды, кіші разряды (Разряд, подразряд работы)	Өлшеу жүргізу уақыты (Время проведения замеров)	Үй-жай ішіндегі табиғи, біріктірілген, аралас жарықтандыру (Естественная, совмещенная, комбинированная освещенность внутри помещения)						Сыртқы жарық (Наружная освещенность)	ТЖК орташа мәні (КЕО среднее значение)
					Табиғи жарықтандыру кезінде При естественном освещении		Біріктірілген жарықтандыру кезінде При совмещенном освещении		Аралас жарықтандыру кезінде При комбинированном освещении			
					Жарықтандырудың нақты өлшеу, лк (Фактический замер освещенности,лк)	Норма бойынша рұқсат етілген (Допустимая по нормам)	Жарықтандырудың нақты өлшеу, лк (Фактический замер освещенности, лк)	Норма бойынша рұқсат етілген (Допустимая по нормам)	Жарықтандырудың нақты өлшеу, лк (Фактический замер освещенности, лк)	Норма бойынша рұқсат етілген (Допустимая по нормам)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП)_ _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _ _____

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
79-қосымша

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

Приложение 79
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 079/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 079/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Метеорологиялық факторларды өлшеу хаттамасы
Протокол измерений метеорологических факторов

№ _____ "____" _____20_____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
_____

2. Өлшеу жүргізу орны, цех, учаске, бөлімше, ғимарат және басқалары (Место проведения измерений, цех, участок, отделение, здание и другое) _____ _____

3. Өлшеулер мақсаты (Цель измерения) _____ _____

4. Өлшеулер тексерілетін объект өкілінің қатысуымен жүргізілді, лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого объекта, должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))_____

_____ _____

5. Өлшеулер құралы, атауы, маркасы, инвентарлық нөмірі (Средство измерений, наименование, марка, инвентарный номер)_____ _____

1) Тексеру туралы мәліметтер, куәліктің, анықтаманың күні және, нөмірі (Сведения о поверке, дата и номер свидетельства, справки) _____ _____

6. Өлшеулер жүргізуге және қорытынды беруге негіз болған НҚ (НД, в соответствии с которой проводились измерения и давалось заключение _____ _____

атап көрсетіңіз (указать)_____ _____

7. Үй-жайдың сипаттамасы (Характеристика помещения):

а) жалпы ауданы (площадь) общий_____ м2; көлемі кубатура) _____ __м3

б) жұмыс істейтін адамдардың саны (Количество работающих человек) _____ _____

в) ылғалды бөлу (влаговыделение): елеулі (значительное), елеусіз (незначительное) _____ _____

г) шамадан тыс жылу (избытки явного тепла): жоқ (отсутствуют), елеусіз (незначительное), елеулі (значительные)_____ _____

8. Жабдықтардың орналасуы көрсетілген және өлшеу нүктелері енгізілген үй-жай кескіні

(Эскиз помещения с указанием размещения оборудования и нанесением точек замеров) _____ _____

9. Атмосфералық ауаның метеорологиялық факторларын өлшеу нәтижелері (Результаты измерений метеорологических факторов атмосферного воздуха):

а) құрғақ ауа температурасы (температура сухого воздуха) _____Со, ылғал ауаның (влажного) температурасы _____Со

б) салыстырмалы ылғалдылық (относительная влажность) %: _____ _____

в) қысым мм. сын. бағ. (давление мм. рт. ст.): _____ _____

10. Өлшеу жүргізілген күні (Дата проведения замера) _____ __

Өлшеулер нәтижелері (Результаты замеров)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	**Эскиз бойынша нүктелердің № (№ точек по эскизу)**	**Өлшеу орны (Место измерений)**	**Ауырлық бойынша жұмыс санаты (Категория работ по тяжести)**	**Тәулік өлшеу жүргізілген уақыты (Время суток проведения измерений)**	**Ауа температурасы оС Температура воздуха оС**		**Ауаның салыстырмалы ылғалдылығы %-бен Относительная влажность воздуха в %**	
					Өлшенген (Измеренная)	Нормалар бойынша оңтайлы/ рұқсат етілген (Оптимальная /допустимая по нормам)	Өлшенген (Измеренная)	Нормалар бойынша оңтайлы/ рұқсат етілген (Оптимальная /допустимая по нормам)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Ауаның қозғалыс жылдамдығы м/с артық емес (Скорость движения воздуха не более м/с)		Ауаның шығыны, м³/сағ (Расход воздуха, м3/час)		Ауа алмасуының жиілігі (Кратность воздухообмена)		Ескертпе Примечание
Өлшенген Измеренная	Нормалар бойынша оңтайлы/ рұқсат етілген оптимальная /допустимая по нормам	Өлшенген Измеренная	Рұқсат етілген (жоба бойынша) Допустимое (по проекту)	Есептелген Рассчитанная	Рұқсат етілген Допустимая	
10	11	12	13	14	15	16

Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____ __

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП)_ _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _ _____

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
80-қосымша

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

Приложение 80
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ___ жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 080/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 080/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20 _ ___ года №_____

Орталықтандырылған және орталықтандырылмаған сумен жабдықтаудың ауыз су үлгілерін зерттеу хаттамасы

Протокол исследования образцов питьевой воды централизованного и нецентрализованного водоснабжения

№_____ "_____"_____ 20_____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____ _____

2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____ _____

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____ _____

4. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)_____ _____

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

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

7. Көлемі (Объем)_____ _____

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

9. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____ _____

10. Үлгі алу әдісіне арналған НҚ (НД на метод отбора)_____ _____

11. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)_____ _____

12. Сақтау шарттары (Условия хранения)_____ _____

13. Су үлгілерін консервациялау әдістері (Методы консервации образца воды)_____ _____

Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	Анықталған концентрация Обнаруженная концентрация	Нормативтік көрсеткіштер Нормативные показатели	Зерттеу әдісіне НҚ (НД на метод исследования)
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/л (по стандартной шкале)			
pH			
Еркін қалдық хлор (Остаточный свободный хлор) мг/дм3			
Байланыстағы қалдық хлор (Остаточный связанный хлор) мг/л			
Қалдық озон (Остаточный озон) мг/л			
Перманганат тотығы (Окисляемость перманганатная) мг/л			
Аммиак азоты (Азот аммиака) мг/л			
Нитриттер азоты (Азот нитритов) мг/л			
Нитраттар азоты (Азот нитратов) мг/л			
Жалпы кермектік (Общая жесткость) мг-экв/л			
Құрғақ қалдық (Сухой остаток) мг/л			
Хлоридтер (Хлориды) мг/л			
Сульфаттар (Сульфаты) мг/л			
Темір (Железо) мг/л			
Мыс (Медь) мг/л			
Кадмий мг/л			
Мырыш (Цинк) мг/л			
Қорғасын (Свинец) мг/л			
Күшән (Мышьяк) мг/л			
Ртуть (Сынап) мг/л			
Фтор мг/л			
Молибден мг/л			

Бериллий (Be 2+) мг/л			
Қалдық аллюминий мг/л (Остаточный аллюминий)			
Марганец мг/л			
Полифосфаттар (Полифосфаты) мг/л			
Бор (B) мг/л			
Селен (Se) мг/л			
Хром (Cr 6+) мг/л			
Хром (Cr 3+) мг/л			
Никель (Ni) мг/л			
Мұнай өнімдері/ Нефтепродукты, мг/л			
Полиакриламид мг/л			
Жергілікті жағдайларға тән ерекше заттар (Специфические вещества , характерные для местных условий) мг/л			

Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП)_ _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _ _____

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
81-қосымша

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

Приложение 81
к приказу Министра

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____№ ___ бұйрығымен бекітілген № 081/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 081/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Жер үсті су объектілерінің және сарқынды су үлгілерін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования образцов поверхностных водных объектов и сточных вод

№_____ "_____"_____ 20_____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____

_____

2. Үлгінің атауы (Наменование образца)_____

_____

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

_____

4. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)_____

_____

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

_____

6. Көлемі (Объем)_____

_____

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

_____

8. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____

_____

9. Үлгіні алу әдісіне арналған (НД на метод отбора)_____
_____

10. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)_____
_____

11. Сақтау шарттары (Условия хранения)_____
_____

Көрсеткіштердің атауы (Наименование показателей)		Анықталған концентрация (Обнаруженная концентрация)	Нормативтік көрсеткіштер (Нормативные показатели)	Зерттеу әдістеріне арналған НҚ (НД на методы исследования)
Иісі (Запах)	Қарқындылығы, баллмен (Интенсивность в баллах)			
	Сипаты (суреттеледі) (Характер (описать))			
	Жоғалу шегі (араласқандағы) (Порог исчезновения (в разведении))			
Түстілігі, градуспен (Цветность в градусах)				
Түсі (суреттеу) (Цвет (описать))				
Түсінің жоғалу шегі (араласқандағы) (Порог исчезновения цвета (в разведении))				
Лай, тұнба (суреттеу) (Муть, осадок (описать))				
Мөлдірлігі (Прозрачность)				
Қалқып жүрген қоспалар, қабыршақ (Плавающие примеси, пленка) мг/дм3				
Қалқымалы заттар (Взвешанные вещества) мг/дм3				
pH				
Ерітілген оттегі (Растворенный кислород) мгО2/л				
ОБТ (БПК) - 5 мгО2/дм3				
ОБТ(БПК) - 20 мгО2/дм3				
Тотығуы перманганаттық (Окисляемость перманганатная) мг/ л				
ОХТ (ХПК) мгО2/л				

Жалпы кермектігі (Жесткость общая) моль/л				
Жалпы минералдау (Құрғақ қалдық) Общая минерализация(Сухой остаток) мг /л				
Кальций мг/л				
Магний мг/л				
Жалпы темір (Железо общее) мг/л				
Хлоридтер (Хлориды) мг/л				
Сульфаттар (Сульфаты) мг/л				
Азот	Аммиактың (Аммиака) мг/л			
	Нитриттердің (Нитритов) мг/л			
	Нитраттардың (Нитратов) мг/л			
Фтор мг/л				
Мұнай өнімдері (Нефтепродукты) мг/л				
Фенолдар (Фенолы) мг/л				
Цианидтер (Цианиды) мг/л				
Мыс (Медь) мг/л				
Қорғасын (Свинец) мг/л				
Мырыш (Цинк) мг/л				
Үш валентті хром (Хром трехвалентный) Cr 3+				
Алты валентті хром (Хром шестивалентный) Cr 6+				
Сынап (Ртуть) мг/л				
Кадмий мг/л				
Марганец мг/л				
ББЗ (ПАВ) мг/л				
Табиғи уран (Уран естественный)				
Табиғи торий (Торий естественный)				
Радий 226				
Қорғасын (Свинец) 210				
Стронций 90				
Цезий 137				
Басқа заттар (Другие вещества)				

Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____
__

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП)_ _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _ _____

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
82-қосымша

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

Приложение 82
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____№___ бұйрығымен бекітілген № 082/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 082/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Буынаяқтыларды энтомологиялық зерттеу хаттамасы
Протокол энтомологического исследования членистоногих №_____ "_____"

_____20____ж. (г.)

1. Өтініш білдірген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обратившегося лица)_____ _____

2. Жасы (Возраст)_____ Мекенжайы (Адрес)_____ _____

3. ЖСН (ИИН) _____

4. Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымының атауы (Место работы, учебы, наименование детской организации)_____ _____

5. Болжамды анықталған орын (Предполагаемое место обнаружения) _____ _____

6. Буынаяқтының түрлік тиесілігі, жынысы (Видовая принадлежность членистоного , пол) _____

7. Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний) _____ _____

8. Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД)_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии),ЭЦП) __ _____

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
83-қосымша

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

Приложение 83
к приказу Министра
здравоохранения

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 083/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 083/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Шайындыларды паразитологиялық зерттеу хаттамасы
Протокол паразитологического исследования смывов

№_____ "_____" _____ 20____ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____

_____

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

_____

3.Үлгіні алу мақсаты (Цель исследования образца)_____

_____

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

_____

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

_____

6. Көлемі (Объем)_____

_____

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

_____

8. Алу әдісіне арналған НҚ (НД на метод отбора)_____

_____

9. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)_____

_____

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Сынамалар нөмірі (Номер проб)	Үлгіні алу орны және нүктелері (Место и точки отбора)	Нәтиже (Результат)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	Ескертпе (Примечание)
1	2	3	4	5

Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
84-қосымша

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

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

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____№ ___ бұйрығымен бекітілген № 084/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық		Медицинская документация Форма № 084/у

саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ _____года №_____

Перианалдық қатпардан алынған қырындыны зерттеу нәтижесі
Результат исследования соскоба с перианальных складок

№_____ "_____" _____ 20____ж.(г.)

1. Шаруашылық жүргізуші субъектінің, ұйымның атауы, мекенжайы (Наименование хозяйствующего субъекта, организации, адрес)_____ _____

2. Сынама алу орны (Место взятия пробы)_____ _____

3. Алу уақыты (Время отбора)_____ жеткізілу уақыты (доставки)_____ _____

4. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)_____ _____

5. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)_____ _____

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Т.А.Ә (ол болған жағдайда) (Ф.И.О (при его наличии))	Туған жылы (Год рождения)	Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	Ескертпе (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. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ___ бұйрығына
85-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
85-қосымша
Приложение 85
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 085/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 085/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Нәжісті, перианалдық қатпардан алынған қырындыларды паразитологиялық зерттеу нәтижесі
Результат паразитологического исследования фекалий, соскобов с перианальных складок

№_____ "____" _____ 20____ж. (г.)

1. Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя , отчество (при его наличии) обследуемого) _____ _____

2. Жасы (Возраст)_____ Мекенжайы (Адрес)_____ _____

3. Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымының атауы (Место работы, учебы, наименование детской организации)_____ _____

4. Алғашқы, кайталап, бақылау үшін зерттеу (Исследование первичное, повторное, контрольное) _____ _____

5. Зерттеу кезінде анықталды: (при исследовании обнаружены):_____
_____

гельминт жұмыртқалары (яйца гельминтов) _____
_____

қарапайымдылар, вегетативті цисталар (Простейшие, вегетативные цисты)_____
_____

_____
_____

6. Сынаманы зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД)_____
_____

7. Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
86-қосымша

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

Приложение 86
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ___ жылғы "___" _____**

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**№___ бұйрығымен бекітілген № 086/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 086/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ _____года №_____

Қанды безгекке зерттеу нәтижесі
Результат исследования крови на малярию

№_____ "_____" _____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. Тексерілетін адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) обследуемого)

_____ _____

3. Жасы (Возраст) _____Тұрғылықты мекенжайы (Адрес места жительства) _____ _____

4. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____ _____

5. 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))

6. Паразитемияның қарқындылығы (Интенсивность паразитемии)_____ _____

7. Көлемі (Объем)_____ _____

8. Зерттеу әдістеменің НҚ-ы (НД на метод испытаний) _____ _____

9. Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____ ____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
87-қосымша

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

Приложение 87
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ___жылғы "___" _____№__ бұйрығымен бекітілген № 087/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 087/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ___года №_____

Паразиттік ауруларды серологиялық зерттеулер нәтижесі
Результат серологических исследований на паразитарные заболевания

№_____ "____"_____ 20____ж. (г.)

1. Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), обследуемого)_____
_____

2. Туған жылы (год рождения) _____
_____

3. Диагнозы (Диагноз)_____
_____

қанның, нәжістің, тағы басқалардың үлгілерін зерттеу кезінде (При исследовании образцов крови, фекалий и других на) _____
_____

және (и)_____
_____

4. Ауыру күні (день болезни в) _____ анықталды (обнаружено)_____
_____

5. Реакцияның түрі (вид реакции) _____
_____

6. Антиденелер (антитела)_____
_____

7. Антигендер (антигены)_____
_____

8. Зерттеу нәтижелері (Результат исследования) _____
_____

9. Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____
_____

10. Сынаманы зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД)_____
_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Зерттеу нәтижелері тек сыналатын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
88-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
88-қосымша
Приложение 88
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84 Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____№___ бұйрығымен бекітілген № 088/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 088/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___года №_____

Санитариялық-паразитологиялық зерттеу хаттамасы
Протокол санитарно-паразитологического исследования

№_____ "_____"_____ 20____ж. (г.)

1. Өтініш иесі (Заявитель) _____
_____

2. Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)_____
_____

3. Үлгінің атауы мен саны (Наименование и число образцов)_____
_____

4. Ыдыс, қаптама, таңбалау (тара, упаковка, маркировка)_____
_____

5. Дайындалған күні (Дата изготовления)_____
_____

6. Жарамдылық мерзімі (Срок годности)_____
_____

7. Көлемі (Объем)_____

8. Үлгі алу орны, ұсынушы (Место отбора образца, предъявитель) _____

_____

9. Үлгінің келіп түскен күні және уақыты (Дата и время поступления образца)

"____" _____20____ж. (г.)

10. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)_____

_____

11. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)_____

_____

12. Нәтижелер берілген күн (Дата выдачи результатов) "_____"_____ 20 ___ ж (г)

13. Нормативтік құжаттамаға сәйкестігіне (На соответствие нормативной документации) _____

_____14. Сынаманы зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
89-қосымша

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

Приложение 89
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 089/есанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 089/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Топырақ үлгілерін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования образцов почвы

№_____ "____" _____ 20_____ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)_____

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)_____

4. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца)_____

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

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

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

8. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____

9. Үлгі алу әдісіне НҚ (НД на метод отбора)_____

10. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)_____

11. Сақтау шарттары (Условия хранения)_____

Сынама атауы (Наименование пробы)	Көрсеткіштердің атауы (Наименование показателей)	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	НҚ бойынша норма (Норма по НД)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытания)	Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)
1	2	3	4	5	6

Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді /
(Исследование проб проводились на соответствие НД)_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП)_ _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _ _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
90-қосымша

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

Приложение 90
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____ жылғы "___" _____№___ бұйрығымен бекітілген № 090/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы		Медицинская документация Форма № 090/у

мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ года №_____

Дайын тағамдардың, рациондардың құнарлығын зерттеу хаттамасы
Протокол исследования готовых блюд, рационов на калорийность

№ _____ "____"_____ 20___ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

_____

2. Тағамның, жартылай фабрикаттың атауы (Наименование блюда, полуфабриката)

_____

_____

3. Алынған орын (Место отбора) _____

_____

4. Өндіруші (Изготовитель) _____

_____

5. Өнімге арналған НҚ (НД на продукцию) _____

_____

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

_____

7. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

_____

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

_____

9. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____

_____

10. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) ____

_____

_____

11. Сынақ жүргізу шарттары (Условия проведения испытаний): температура _____

_____, ылғалдығы (влажность) _____

12. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

_____

_____

			Порцияның салмағы граммен (Вес порции в граммах)		Салмағы граммен (г) (Вес в граммах (г))	

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Тағамдардың атауы (Наименование блюд)	Зерттеу әдісіне НҚ (НД на метод испытаний)	Рецепт бойынша (По рецептуре)	Іс жүзінде (Фактически)	Іс жүзіндегі тығыз бөлігі (Плотной части фактически)	Гарнирдің гарнира		Еттің, балықтың мяса, рыбы	
						Рецепт бойынша (По рецептуре)	Іс жүзінде (Фактически)	Рецепт бойынша (По рецептуре)	Іс жүзінде (Фактически)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Өлшем бірлігімен химиялық құрамы, - г (Химический состав в единицах измерения – г)					
Құрғақ заттар Сухие вещества			Ақуыздар-көмірсулар белки-углеводы		
Рецепт бойынша (По рецептуре)	Ең төменгі рұқсат етілетін (Минимально допустимые)	Іс жүзінде (Фактически)	Рецепт бойынша (По рецептуре)	Ең төменгі рұқсат етілетін (Минимально допустимые)	Іс жүзінде (Фактически)
11	12	13	14	15	16

Химиялық құрамы, өлшем бірлігі г Химический состав в единицах измерения г								
Ақуыздар Белки			Майлар Жиры			Көмірсулар Углеводы		
Рецепт бойынша (По рецептуре)	Ең төменгі рұқсат етілетін (Минимальнодопустимые)	Іс жүзінде (Фактически)	Рецепт бойынша (По рецептуре)	Ең төменгі рұқсат етілетін (Минимально допустимые)	Іс жүзінде (Фактически)	Рецепт бойынша (По рецептуре)	Ең төменгі рұқсат етілетін (Минимально допустимые)	Іс жүзінде (Фактически)
17	18	19	20	21	22	23	24	25

Құнарлылығы Калорийность			Ауытқуы Отклонение				
Теория жүзінде (Те	Ең төменгі рұқсат етілетін (Минимальн	Іс жүзінде (	Ақуыздар (Белки)	Майлар	Көмірсулар (Углеводы)	Құнарлылығы (Кало	Ақуыздар+ Көмірсулар (Белки+ Углеводы)

ор ет ич ес ка я)	о допустимые)	Фактиче ски)		(Жир ы)		рийн ость)		"С" дәруменінің болуы (мг %) (Содержание вит. "С"(мг%))
26	27	28	29	30	31	32	33	34

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)__ _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
91-қосымша

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

Приложение 91
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____№___ бұйрығымен бекітілген № 091/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 091/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Қоректік орталардың сапасын зерттеу хаттамасы
Протокол исследования качества питательных сред

№ " _____"_____20_____ж.(г.)

1. Шарт бойынша келіп түскен үлгілер (Образцы, поступившие по договору): _____ _____

2. Үлгіні жіберген мекеменің атауы, мекенжайы (Наименование учреждения, направившего образец, адрес): _____ ____

3. Атауы (наименование): _____ _____

4. Мөлшері (количество): _____ _____

5. Зерттеудің басталу күні (дата начала исследования): _____ _____

6. Зерттеудің аяқталу күні (дата окончания исследования): _____ _____

7. Сынақ түрі (Вид испытаний): _____ _____

Орта (Среды)	Ерекше белсенділік (Специфическая активность)	Тест-штамм (коллекция) (Тест-штамм) (коллекция)	Сұйылту (Разведение)	Инкубация және уақыт (Инкубация и время)	Өсу нәтижесі (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. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
92-қосымша

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____жылғы "___" _____№___ бұйрығымен бекітілген № 092/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 092/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ____ года №_____

Ауада радонның және оның ыдырауынан пайда болған өнімдердің болуын өлшеу (топырақ бетінен алынған радонның ағымдық тығыздығын өлшеу) хаттамасы
Протокол измерений содержания радона и продуктов его распада в воздухе (измерение плотности потока радона с поверхности грунта)

№ _____ "_____" _____ 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 куәліктің күні мен нөмірі (Сведения о поверке дата и номер свидетельства) _____
_____

7. Зерттеудің басталған күні (Дата начала испытаний) _____
_____

8. Зерттеудің аяқталған күні (Дата окончания испытаний) _____
_____

9. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____
_____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Өлшеу жүргізілген орны (Место проведения измерений)	Радонның өлшенген, тепе-тең, эквивалентті, көлемді белсенділігі Бк/м3 (Измеренная, равновесная, эквивалентная, объемная активность радона Бк/м3) Топырақ бетінен алынған радон ағынының өлшенген тығыздығы (мБк/ш.м.сек) (Измеренная плотность потока радона с поверхности грунта (мБк/м2·сек)	Рұқсат етілетін шоғырлану Бк/м3 (Допустимая концентрация Бк/м3) Ағынның шекті тығыздығы (мБк/м2·сек) (Допустимая плотность потока (мБк/м2·сек)
1	2	3	4

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуға жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
93-қосымша

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

Приложение 93
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____№___ бұйрығымен бекітілген № 093/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 093/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Өнеркәсіп кәсіпорындарындағы өлшеулер хаттамасы
Протокол измерений промышленных предприятий

№ _____ "_____" _____ 20__ ж.(г.)

1.Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____

_____

2. Өлшеулер жүргізілген орын, бөлім, цех, квартал (Место проведения замеров, 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) _____

_____

Куәліктің күні мен нөмірі (дата и номер свидетельства)_____

7. Үлгіні зерттеу мынадай 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 (жерден) биіктікте (На высоте от пола (грунта))		Альфа-бөлшектер ағынының тығыздығы, Бк/см2 (б/ см2 х мин) (Плотность потока альфа-частиц, Бк/см2(част/см2 х мин))		Бета-бөлшектер ағынының тығыздығы, Бк/см2 (б/см2 х мин) (Плотность потока бета-частиц, Бк/см2 (част/см2 х мин))	
		Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)	Дозаның рұқсат етілетін қуаты (мкЗв/час, н/сек) (Допустимая мощность дозы (мкЗв/час, н/сек))	Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)	Рұқсат етілетін деңгейлер (Допустимые уровни)	Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)	Рұқсат етілетін деңгейлер (Допустимые уровни)
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Ауадағы радонның өлшенген, тепе-тең, эквивалентті, көлемді белсенділігі Бк/м3 (	Топырақ бетінен алынған радон ағынының өлшенген тығыздығы (мБк/ш.м.сек) (Измеренная плотность

Измеренная, равновесная, эквивалентная, объемная активность радона в воздухе Бк/м3)		потока радона с поверхности грунта (мБк/м2 сек)	
Өлшем саны (Количество измерений)	Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)	Өлшем саны (Количество измерений)	Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)
9	10	11	12

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии),ЭЦП) _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
94-қосымша

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___жылғы "___" _____№___ бұйрығымен бекітілген № 094/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере		Медицинская документация Форма № 094/у Утверждена приказом Министра

санитарно-эпидемиологического благополучия населения		здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ____года №_____

Шаң үлгілерін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования образцов пыли №_____

"____" _____20____ж. (г.)

1. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

3. Үлгіні жіберген мекемелердің атауы (Наименование учреждений, направивший образец) _____

_____

4. Мөлшері (Количество) _____

_____

5. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

_____

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

_____

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

_____

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

_____

9. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

_____

10. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____

_____

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

_____

12. Үлгіні зерттеу НҚ-ғасәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)_____

_____

Зерттеу нәтижелері

(Результаты исследования) Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгінің нөмірі (Номер образца)	Үлгіні зерттеу НҚ сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)	Нақты көрсеткіші (Фактический показатель)	Сынақ әдісітеріне НҚ (НД на метод испытаний)
1	2	3	4	5

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
95-қосымша

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

Приложение 95
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____жылғы "___" _____ №_ _____ бұйрығымен бекітілген № 095/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 095/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ___ года №_____

№ _____ әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттама

Протокол об административном правонарушении № _____

20_____ жыл (года) "____" _____ уақыт сағат минут (время часов минут) толтыру орны (место составления)

Хаттаманы жасаған адамның лауазымы, тегі және аты-жөні (должность, фамилия и инициалы лица, составившего протокол_____
_____

_____
_____

Өзіне қатысты іс қозғалған тұлға туралы мәліметтер (Сведения о лице, в отношении которого возбуждено дело):

Жеке тұлғалар үшін (для физических лиц)

Әкімшілік құқық бұзушылық жасаған тұлғаның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) лица, совершившего административное правонарушение)

_____

Туған жылы, айы, күні (Дата рождения) "_____" _____ _____г.

Тұрғылықты жері (Место жительства):_____
_____

Жеке басын куәландыратын құжаттың атауы мен деректемелері, (төлқұжат, жеке басын куәландыратын куәлік, тұрғылықты жері, азаматтығы жоқ тұлғаларды куәландыру, туу туралы куәлік, жеке кәсіпкерлік куәлігі) (Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорт, удостоверение личности, вид на жительство, удостоверение лица без гражданства, свидетельство о рождении, свидетельство индивидуального предпринимателя)

№ _____берілген күні (дата выдачи) "_____"_____ ____ ж.(г.) _____
_____ кім берді (кем выдан))

сәйкестендіру нөмірі (Идентификационный номер)_____
_____

Жұмыс орны (оқу орны) лауазымы (Место работы (учебы)), должность_____
_____

Телефонның, факстың, ұялы байланыстың абоненттік нөмірі және (немесе) электрондық мекенжайы (бар болса) (Абонентский номер телефона, факса, сотовой связи и (или) электронный адрес (если они имеются))_____
_____

Басқа да белгілер (Прочие отметки) _____
_____

Заңды тұлғалар үшін (для юридических лиц)

Заңды тұлғаның атауы (Наименование юридического лица)_____
_____

Орналасқан жері (Место нахождения)_____
_____

Заңды мекенжайы (Юридический адрес)_____
___

Заңды тұлғаның мемлекеттік тіркеу (қайта тіркеу) нөмірі және күні (номер и дата государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица)_____
_____
_____

Ұйымдық-құқықтық нысан (Организационно-правовая форма) _____
_____

Сәйкестендіру нөмірі (идентификационный номер)_____
__

Банктік деректемелер (Банковские реквизиты) _____
_____
_____
_____

Телефонның, факстың, ұялы байланыстың абоненттік нөмірі және (немесе) электрондық мекенжайы (бар болса) (абонентский номер телефона, факса, сотовой связи и (или) электронный адрес (если они имеются))_____
_____
_____

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс қозғау үшін себептер мен негіз ӘҚБтК-ның 802-бабына сәйкес (Поводы и основание для возбуждения дела об административном правонарушении, в соответствии со статьей 802 КоАП):_____
_____
_____ (Құқық бұзушылықтың мән-жайы) әкімшілік құқық бұзушылық жасалған жері, уақыты және мәні (Фабула правонарушения) место, время совершения и 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)

ӘҚБтК-нің 2-бөлімінің Ерекше бөлігінің осы құқық бұзушылық үшін әкімшілік жауаптылық көзделетін бабы (статья Особенной части раздела 2 КоАП, предусматривающая административную ответственность за данное правонарушение)__ _____

Егер куәлар және жәбірленушілер болса, олардың тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), мекенжайлары (Фамилии, имена, отчества (при их наличии), адреса свидетелей и потерпевших, если они имеются)_____ _____

_____ _____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласында бұрын әкімшілік жауапкершілікке тартылуы (привлекался ли ранее к административной ответственности в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения _____иә/жоқ, ӘҚБтК-ның бабын, жауапкершілікке тарту күнін көрсету (да/нет, указать статью КоАП , дата привлечения)

Өзіне қатысты іс қозғалған жеке тұлғаның не заңды тұлға өкілінің түсініктемесі (Объяснение физического лица либо представителя юридического лица, в отношении которого возбуждено дело/отказ от дачи объяснения)

_____ _____

_____

Іс жүргізудің тілі (Язык производства)_____ _____

ӘҚБтК 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)_____ __

Прокурор инвесторлар тізіліміне енгізген инвесторларға қатысты әкімшілік құқық бұзушылық туралы істі қозғау туралы шешімді келісу/бас тарту туралы белгі (Отметка о согласовании/отказе решения о возбуждении дела об административном правонарушении в отношении инвесторов, включенных в реестр инвесторов прокурором) _____ _____

ӘҚБтК-ның 785-бабына сәйкес өндірісті қамтамасыз ету шараларын қолодану туралы белгі (Отметка о применении меры обеспечения производства в соответствии со статьей 785 КоАП):

_____
_____

Аудармашының, қорғаушының көмегін қажет ету немесе бас тарту белгісі (отметка о необходимости помощи переводчика, защитника или об отказе от такой помощи):___
_____ Істі шешу үшін қажетті өзге де мәліметтер, оның ішінде әкімшілік құқық бұзушылық туралы істің қаралатын уақыты мен орны көрсетіледі, сондай-ақ әкімшілік құқық бұзушылық жасау фактісін растайтын құжаттар қоса беріледі (Иные сведения, необходимые для разрешения дела, в том числе время и место рассмотрения дела об административном правонарушении, а также прилагаются документы, подтверждающие факт совершения административного правонарушения)_____
_____

_____

Іс қатысушыларын хаттамамен таныстыру (Ознакомление участников дела с протоколом):

Қорғаушы (Защитник) _____ Аудармашы (Переводчик) _____
_____

қолы (подпись) қолы (подпись)

хаттаманың мазмұнымен таныстым / танысудан бас тарттым (с содержанием протокола (ознакомился /отказался ознакомиться)) _____
_____

хаттаманың көшірмесін (алдым / бас тарттым)(копию протокола (получил / отказался): _____
_____

табыстау күні (дата вручения):_____
__

Мен көрсеткен байланыс деректері арқылы жіберілген хабарлама (мәлімдеме) тиісті және жеткілікті деп есептеледі (уведомление (извещение), отправленное по указанным мною контактным данным, считается надлежащим и достаточным) _____
_____

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись)

Хаттаманы жіберу туралы белгі (Отметка о высылке протокола)

_____
_____

күні, айы, жылы, түбіртек нөмірі (число, месяц, год, № квитанции)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
96-қосымша

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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 096/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 096/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Құқықтарды түсіндіру хаттамасы
Протокол разъяснения прав

20_____ ж.(г.) _____ _____
қаласы (ауылы)

20_____ ж.(г.) _____ _____ қаласы (ауылы)

Мен (Я), _____
____

"Әкімшілік құқық бұзушылық туралы" Қазақстан Республикасының Кодексінің (бұдан әрі – ӘҚБтК) 744 және 810- 811-баптарымен таныстырдым/ознакомила со статьями 744, 810 и 811 Кодекса Республики Казахстан "Об административных правонарушениях" (далее - КоАП) _____
_____

ӘҚБтК -ның 744-бабы. 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 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, ескерту немесе 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 ӘҚБтК-те берілген өзге де процестік құқықтарды пайдалануға құқылы.

Статья 744 КоАП. 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 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 предупреждении или 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 КоАП.

ӘҚБтК-ның 810-бабы. 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.

Статья 810 КоАП. 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.

ӘҚБК-ның 811-бабы. Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қысқартылған іс жүргізу тәртібі

1. Әкімшілік құқық бұзушылық анықталған және оны жасаған тұлға белгілі болған кезде осы ӘҚБтК-нің 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 осы Кодекстің 31-бабына сәйкес автоматты режимде анықталса немесе тіркелсе, адамның ескерту немесе белгіленген үлгідегі түбіртекпен бірге айыппұл төлеу қажеттігі туралы нұсқама тиісінше жеткізілген кезден бастап жеті тәулік ішінде көрсетілген айыппұл сомасының елу пайызы мөлшерінде айыппұл 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.

4. Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қысқартылған іс жүргізу тәртібі тиісінше қолданылмаған жағдайда, осы тараудың қағидалары бойынша қаралған істер қысқартылған іс жүргізуді қолдану туралы шешім қабылданған күннен бастап бір жыл ішінде прокурордың наразылығы бойынша жалпы тәртіппен қайта қаралуы мүмкін.

Статья 811 КоАП. 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 обнаружено или зафиксировано в автоматическом режиме в соответствии со статьей 31 настоящего Кодекса, лицо имеет право оплаты штрафа в размере пятидесяти процентов от указанной суммы штрафа в течение семи суток с момента надлежащего доставления предписания о предупреждении или 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.

4. В случае ненадлежащего применения порядка сокращенного производства по делу об административном правонарушении дела, рассмотренные по правилам настоящей главы, могут быть пересмотрены по протесту прокурора в общем порядке в течение года со дня принятия решения о применении сокращенного производства.

Мәлімдемелер жасау, түсініктемелер мен айғақтар беру, өтінішхаттар мәлімдеуге, шағымдар жасау, іс материалдарымен танысу, оны қарау кезінде сөз сөйлеу (желаю давать объяснения и показания, заявлять ходатайства, приносить жалобы, знакомиться с материалами дела, выступать при его рассмотрении на) _____ тілінде беремін (языке).

Аудармашының көмегін (в услугах переводчика) _____ қажет етемін, қажет етпеймін (нуждаюсь, не нуждаюсь)

Қорғаушының көмегін (в юридической помощи защитника) _____ _____ қажет етемін, қажет етпеймін (нуждаюсь, не нуждаюсь)

ӘҚБтК 744 және 810, 811-баптарына сәйкес құқықтар түсіндірілді (Согласно ст. 744 и 810, 811 КоАП права мне разъяснены) _____қолы (подпись)

Құқықтарды түсіндіру хаттамасын жарияладым (с протоколом разъяснения прав ознакомил(а)) _____ _____

ТАӘ, лауазымы, қолы (ФИО, должность, подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
97-қосымша
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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 097/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 097/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Адамдарды жұмыстан уақытша шеттету жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің №_____қаулысы
Постановление главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о временном отстранении лиц от работы №_____

"____" _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт) _____
_

Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора) _____
__ _____

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 (ол 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 (ол болған жағдайда) (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 жағдайда), 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 жағдайда), 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 жағдайда) 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 (ол болған жағдайда) (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 (ол болған жағдайда) (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	Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

Қаулы _____ данада жасалды.

Постановление составлено в ___ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
98-қосымша

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

Приложение 98
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 098/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 098/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Инфекциялық және паразиттік аурулармен ауыратын науқаспен 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 (ол болған жағдайда), (Т.А.Ә. (ол болған жағдайда))

(нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии), (Ф.И.О (при его 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. (ол болған жағдайда), шаруашылық субъектінің толық атауы

(должность, Ф.И.О. (при его наличии), полное наименование хозяйствующего объекта)

_____

_____

_____

_____ уақытша жұмыстан босатылсын.

Осы қаулының орындалу жауапкершілігі

(ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на)

_____

_____

лауазымы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), (должность, Ф.И.О. (при его наличии))

_____

_____жүктелсін.

Мөр орны Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет ұйымының басшысы

Место печати (Руководитель государственной организации санитарно-эпидемиологической службы) (орынбасары (заместитель)) _____

_____

_____

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись)

Қаулыны алдым (Постановление получил)_____

_____

(атқаратын лауазымы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), алған күні, қолы)

(занимаемая должность, Ф.И.О. (при его наличии), дата получения, подпись)

_____

_____

Қаулы (Постановление составлено в)___данада толтырылды (экземплярах).

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
99-қосымша

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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 099/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 099/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау жөніндегі қызметін немесе оның жекелеген түрлерін (процестерін, іс-әрекеттерін) тоқтата тұру туралы жедел ден қою шарасын 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) 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)

_____
_____

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

ұсынылған материалдар мен мәліметтерді қарап (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 (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его 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 (ол болған жағдайда), атауы, ұйымдық-құқықтық нысаны (фамилия, имя, отчество (при его 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 нысанасына жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге асыру материалдары және (немесе) нәтижелері (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)

мыналар (установил, что в ходе) _____ барысында

бақылау нысаны (форма контроля)

лауазымды тұлға (должностным лицом) _____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)

мыналарды анықтады (выявлено следующее):_____

бұзушылықтың(тардың) 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) тармақшасы, 38-бабы 2-тармағының 4) тармақшасы 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) "___" _____ дейін

_____

Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу , қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша тоқтатыла тұратын қызмет түрін немесе оның жекелеген түрлерін (процестер, іс-әрекеттерін) көрсету (указать вид приостанавливаемой деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действий))

ТОҚТАТЫЛА ТҰРСЫН.

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 жағдайда), 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): _____ _____

_____

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования)

_____

Күні және бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің 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 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 (ол болған жағдайда) (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 (ол болған жағдайда) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) жедел ден қою шараларн 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 Мөр орны Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)

Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения Место печати Ф.И.О. (при его наличии)

Қаулы ___ данада жасалды

Постановление составлено в ___ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
100-қосымша
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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы "___" _____ № ____бұйрығымен бекітілген № 100/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 100/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Санитариялық-эпидемияға қарсы (қорытынды дезинфекциялау) және санитариялық-профилактикалық іс-шараларды жүргізу туралы №_____ қаулы
Постановление о проведении санитарно-противоэпидемических (заключительных дезинфекционных) и санитарно-профилактических мероприятий №_____

20____ жылғы (года) "__"_____ _____ қаласы (город)

Мен, Бас мемлекеттік санитариялық дәрігер (орынбасары) Я, Главный государственный

санитарный врач (заместитель) _____

_____

мына құжаттарды қарап, (рассмотрев документы)

_____

___

_____

_____
_____
_____
мынаны анықтадым (установил)_____
_____
_____
_____
Мемлекеттік мекеме атауы /государственное учереждение):
_____
_____
Мамандығы /должность:_____
Негіздеме құжаты /на основании: _____
Анықталды /установлено: _____
Науқас туралы ақпарат / информация о больном:
Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) / Ф.И.О. (при его наличии): _____
____
Туған жылы, айы, күні / дата рождения: _____
Үй мекенжайы/ домашний адрес: _____
_____
Оқу/жұмыс орыны/ место учебы/работы: _____
_____
Диагноз: _____
Ауруханаға жатқызылды/ госпитализирован:_____
"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабының 2-тармағының 3) тармақшасы негізінде (На основании подпункта 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 Бас мемлекеттік санитариялық дәрігер (орынбасары) _____
_____
(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы)
Место печати Главный государственный санитарный врач (заместитель)
_____
_____
(фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)
Қаулыны алдым (Постановление получил)_____
_
атқаратын лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), алған күні, қолы
(занимаемая должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата получения, подпись)
Қаулы ___ данада толтырылды (Постановление составлено в _____экземплярах).

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
101-қосымша

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

Приложение 101
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 101/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық		

саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 101/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ _____года №_____

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

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 (Место нахождение объекта):_____ _____

_____ _____

(индексі, облыс, қала, мекенжайы/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)):

	Нормативтік құқықтық актілердің бұзылған баптарына, тармақтарына, тармақшаларына сілтеме жасай отырып,	

р/с № №п/п	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 актілердің, ережелердің бұзылған бабына, тармағына және тармақшасына сілтеме жасала отырып, бұзушылық сипаты көрсетіле отырып рет-ретімен 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 мынаны 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 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 мекенжайға хабарлай отырып пошта арқылы тапсырыс хатпен:
_____
_____;

3) "цифрлық үкімет" веб-порталы арқылы электрондық тәсілмен 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 "цифрового 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 жүргізудің жартыжылдық тізіміне қосу жолымен бақылау және қадағалау субъектісін (объектісін) 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 (ол болған жағдайда), қолы (фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись).

Ұсыным берілді (Рекомендация вручена): _____
_____

_____
_____

(аумақтық мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау органының лауазымды тұлғасының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), 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 өкілінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы, күні/фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя субъекта (объекта) контроля и надзора, подпись, дата).

Ұсыным жіберілді (Рекомендация отправлена):_____
_____

(жіберілгенін және (немесе) алынғанын растайтын құжат (документ, подтверждающий факт отправки и (или) получения).

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ №____
бұйрығына 102-қосымша
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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ № ____бұйрығымен бекітілген № 102/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 102/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы Қазақстан Республикасының Бас мемлекеттік санитариялық дәрігерінің қаулысы
Постановление Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан о введении временных санитарных мер

"____" _____жыл (года) 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 (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии)

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

мемлекеттік бақылауды жүзеге асырудың және (немесе) нәтижелерінің ұсынылған материалдарын қарап (рассмотрев представленные материалы осуществления и (или) результатов государственного контроля) _____ _____ техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері, тиісті халықаралық ұйымдардан, Еуразиялық экономикалық одаққа мүше мемлекеттерден немесе үшінші елдерден мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау мен қадағалаудың бақылауындағы өнімнің (тауарлардың) Еуразиялық экономикалық одақтың кедендік аумағына әкелінуіне және адам өмірі, денсаулығы және оның мекендеу ортасы үшін қауіпті 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) (установил, что в ходе)_____ _____ барысында бақылау нысаны (форма контроля) лауазымды тұлға (должностным лицом) _____ лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) мыналарды анықтады (выявлено следующее): _____ _____ бұзушылықтың(тардың) 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) тармақшасы, 38-бабы 2-тармағының 5) тармақшасы 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 өнімді (тауарды) (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, СЭҚ ТН коды, өзге де сәйкестендіру деректері (наименование продукции, производитель, код ТНВЭД, иные идентификационные данные) әкелуге тыйым салынсын, сондай-ақ келесі іс-шаралар жүзеге асырылсын (а также осуществить следующие мероприятия):_____ _____

_____ _____ Мемлекеттік бақылау мен қадағалауды жүргізген адамның (адамдардың) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) 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 (ол болған жағдайда) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии)

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.

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Мөр орны Место печати	Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

Қаулы ___ данада жасалды

Постановление составлено в ___ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ №_____
бұйрығына 103-қосымша

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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ № ____бұйрығымен бекітілген № 103/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 103/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Бақылау мен қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау жөніндегі қызметіне немесе оның жекелеген түрлеріне (процестеріне, іс-әрекеттеріне) тыйым салу туралы жедел ден қою шарасын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысы
Постановление 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)

"____" _____жыл (года) 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 (ол 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 адам 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 (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его 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 (ол болған жағдайда), атауы, ұйымдық-құқықтық нысаны (фамилия, имя, отчество (при его 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 нысанасына жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге асыру материалдары және (немесе) нәжелері (бар болса) (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)

(установил, что в ходе)_____ _ бақылау нысаны (форма контроля) барысында лауазымды тұлға (должностным лицом) _____ лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) мыналарды анықтады (выявлено следующее) _____ _ _____ _____ _____ _____ бұзушылықтың(тардың) 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) тармақшасы, 38-бабы 2-тармағының 4) тармақшасы 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):

(ПРИОСТАНОВИТЬ с) 20___ жылғы (года) "___" _____ бастап (до) 20___ жылғы (года) "___" _____ дейін _____ _____ тыйым салынған қызмет түрін немесе оның жекелеген түрлерін көрсету (процестер, іс-қимылдар) (указать вид запрещаемой деятельности по производству, продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия) ТОҚТАТЫЛА ТҰРСЫН, сондай-ақ мынадай іс-шаралар орындалсын (а также выполнить следующие мероприятия):_____ _____ _____ _____

Осы қаулының орындалуы туралы ақпарат (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 ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного реагирования) _____ қолы және тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) жедел ден қою шарасын 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	Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

Қаулы ___ данада жасалды

Постановление составлено в ___ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ №_____
бұйрығына 104-қосымша

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

Приложение 104
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 104/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық		Медицинская документация Форма № 104/у

саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ _____года №_____

Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін өнімді (тауарды) өткізуден алып қою және кері қайтарып алу туралы жедел ден қою шарасын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің №_____ 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 (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии)

жедел ден қою шаралары нысанасына 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) (установил, что в ходе)_____

_____ барысында бақылау нысаны (форма контроля) лауазымды тұлға (должностным лицом) _____ лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) мыналарды анықтады (выявлено следующее):_____ _____ бұзушылықтың(тардың) 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) тармақшасы, 38-бабы 2-тармағының 4) тармақшасы 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 сәттен бастап дереу техникалық регламенттердің және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарға және Еуразиялық экономикалық одақтың талаптарына сәйкес келмейтін мынадай өнім (тауар) өткізуден алып қойылсын және кері қайтарып алынсын (незамедлительно с момента получения настоящего постановления изъять и отозвать с реализации следующую (следующий) продукцию (товар), не соответствующую (не соответствующий) требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям и Евразийского экономического союза):

№	Өнімнің атауы (Наименование продукции)	Өндіруші, өнім өндіретін ел (Производитель, страна изготовления продукции)	Партия нөмірі (Номер партии)	Алып қойылатын және кері қайтарып алынатын өнімнің саны (Количество изымаемой и отзываемой продукции
1	2	3	4	5

Растайтын материалдарды қоса бере отырып, өнімді (тауарды) өткізуден алып қойылған және кері қайтарып алынған өнімге қатысты жүргізілген іс-шаралар туралы ақпарат осы қаулыны алған сәттен бастап күнтізбелік 10 күн ішінде ұсынылсын (Информацию о проведенных мероприятиях в отношении изъятой и отозванной с реализации продукции (товара) с приложением подтверждающих материалов представить в течение 10 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 жаағдайда), 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 (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования)

_____

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 (ол болған жағдайда) (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 (ол болған жағдайда) (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	Т.А.Ә. (ол болған жаағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

Қаулы ___ данада жасалды

Постановление составлено в ___ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ №_____
бұйрығына 105-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
105-қосымша
Приложение 105
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ № ____бұйрығымен бекітілген № 105/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 105/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Адамдарды емдеуге жатқызуға жіберуді ұйымдастыру туралы жедел ден қою шараларын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысы
Постановление главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об организации направления лиц на госпитализацию

"____" _____жыл (года) 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 (ол болған жағдайда) (нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии) Жедел ден қою шаралары нысанасына 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) (установил, что в ходе) _____барысында бақылау нысаны (форма контроля) лауазымды тұлға (должностным лицом) _____ _____ лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) мыналарды анықтады (выявлено следующее):_____ _____ бұзушылықтың(тардың) 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) тармақшасы, 38-бабы 2-тармағының 4) тармақшасы 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): (в срок до) "___" _____жылға (года) дейінгі мерзімде мына адамдарды ауруханаға жатқызуға жіберу ұйымдастырылсын (организовать направление следующих лиц на госпитализацию)

№	Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество) (при его наличии)	Туған күні (Дата рождения)	Жынысы (Пол)	Диагнозы (Диагноз)	Қайда 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 (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования) _____
_____ _____
_____

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 (ол болған жағдайда) (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 (ол болған жағдайда) және қолы (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) жедел ден қою шарасын 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	Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

Қаулы ___ данада жасалды

Постановление составлено в ___ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ №_____
бұйрығына 106-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
106-қосымша
Приложение 106
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 106/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 106/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

№____ әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қаулы
Постановление по делу об административном правонарушении №___

20___ ж. (г.) "____" _____ _____ қарау орны (место рассмотрения)

Мемлекеттік органның атауы (Наименование государственного органа) _____
_____

Лауазымды тұлға - халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы, оның орынбасары, аумақтық бөлімшелерінің басшысы мен оның орынбасары (Должностное лицо - руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия

населения, его заместитель, руководитель территориального подразделения, его заместитель)

_____
_____ тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии)) Істі қарау күні және орны (дата и место рассмотрения дела) _____ _____ Өзіне қатысты іс қаралған тұлға туралы мәліметтер (сведения о лице, в отношении которого рассмотрено дело): Жеке тұлғалар үшін (для физических лиц): тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))_____ _____ _____ _____ туған күні (дата рождения)_____ _____ тіркелген жері (место жительства)_____ _____ Жеке басын куәландыратын құжаттың атауы және деректемелері (наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность)____ _____ идентификационный номер_____ _____ Мекенжайы бойынша тіркеу туралы мәлімет (сведения о регистрации по месту жительства) _____ _____ Жұмыс орны, атқаратын қызметі, ұйымның атауы (место работы, занимаемая должность, адрес организации)_____ _____ Заңды тұлғалар үшін (для юридических лиц): атауы (наименование)_____ _____ ұйымдық-құқықтық нысаны (организационно-правовая форма)_____ _____ орналасқан жері (место нахождения)_____ __ заңды тұлға ретіндегі мемлекеттік тіркеу нөмірі және күні (номер и дата государственной регистрации в качестве юридического лица) _____ бизнес-сәйкестендіру нөмірі және банктік деректемелер (идентификационный номер и банковские реквизиты)_____ Қаралған іс бойынша өндіріс тілі (язык производства по рассматриваемому делу) _____ _____

АНЫҚТАДЫ (УСТАНОВИЛ): Істі қарау кезінде анықталған мән-жайлар/ обстоятельства, установленные при рассмотрении дела _____ _____ _____ _____ _____ әкімшілік құқық бұзушылық үшін жауапкершілік көзделетін,істі қарау кезінде жасалған әкімшілік құқық бұзушылық, айыпталушының жеке басы, оның ішінде айыпталғанға дейінгі және кейінгі мінез-құлқы, мүліктік жағдайы, жауапкершілікті жеңілдететін және ауырлататын жағдай белгіленген ӘҚБтК бабы (статья КоАП,

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) _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ Жоғарыда көрсетілген негізде және ӘҚБтК-нің 701, 818, 821, 822, 823-баптарын басшылыққа ала отырып (На основании вышеизложенного и руководствуясь статьями 701, 818, 821, 822, 823 КоАП), ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (ПОСТАНОВИЛ): ӘҚБтК ___ бабының___ бөлігі бойынша (АЕК/көлемде) әкімшілік жаза қолдану (Наложить административное взыскание по части__ статьи ___ КоАП (в размере МРП)_____ жазу үлгісінде (прописью)/ іс бойынша іс жүргізуді тоқтату (прекратить производство по делу) _____
_____ керектінің астын сызыңыз (нужное подчеркнуть)
в отношении_____
қатысты құқық бұзушының деректерін көрсету (указать данные правонарушителя)

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).

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қаулыға, жоғары тұрған органның (лауазымды адамның) шағым, наразылық бойынша қаулысына шағым, наразылық – қаулының көшірмесі табыс етілген күннен бастап он тәулік ішінде, ал осы Кодекстің 744, 745, 746, 747, 748 және 753-баптарында көрсетілген тұлғалар істі қарауға қатыспаған жағдайда, қаулыны алған күннен бастап беріледі (Жалоба, протест на постановление по делу об административном правонарушении подаются в течение десяти суток со дня вручения копии постановления, а в случае, если лица, указанные в статьях 744, 745, 746, 747, 748 и 753 настоящего Кодекса, не участвовали в рассмотрении дела, – со дня получения постановления).

Шағым берілуі, ал наразылық тікелей оларды қарауға өкілетті сотқа, жоғары тұрған органға (жоғары тұрған лауазымды тұлғаға) енгізілуі мүмкін (Жалоба может быть

подана, а протест внесен непосредственно в суд, вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу), уполномоченный их рассматривать.

Айыппұлды әкімшілік жауаптылыққа тартылған тұлға айыппұл салу туралы қаулы, ескерту немесе айыппұл төлеу қажеттігі туралы нұсқама заңды күшіне енген күннен бастап отыз тәуліктен кешіктірмей төлеуге тиіс. Айыппұл осы Кодекстің 888-бабында көзделгендей кейінге қалдырылған жағдайда, әкімшілік жауаптылыққа тартылған тұлға оны кейінге қалдыру мерзімі өткен күннен бастап төлеуге тиіс. (Штраф подлежит уплате лицом, привлеченным к административной ответственности, не позднее тридцати суток со дня вступления постановления о наложении штрафа, предписания о предупреждении или необходимости уплаты штрафа в законную силу. В случае отсрочки, предусмотренной статьей 888 настоящего Кодекса, штраф подлежит уплате лицом, привлеченным к административной ответственности, со дня истечения срока отсрочки).

ӘҚБтК-нің 893-бабында көрсетілген айыппұлды мерзімінде төлемеген жағдайда ӘҚБтК-нің 894-895-бабы негізінде материал жеке сот орындаушыларының өңірлік палатасына мәжбүрлі орындау үшін жіберілетін болады (В случае неуплаты штрафа в указанный статьей 893 КоАП срок, на основании статей 894 и 895 КоАП материал будет направлен в региональную палату частных судебных исполнителей для принудительного исполнения).

Лауазымды тұлға- халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы, оның орынбасары, аумақтық бөлімшелерінің басшысы мен оның орынбасары (керектінің астын сызыңыз) (Должностное лицо - руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, его заместитель, руководитель территориального подразделения, его заместитель (нужное подчеркнуть))

_____

__Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы Ф.И.О. (при его наличии) подпись)

Каулыны алдым (Постановление получил (а))_____ ____

_____ _____

_____ атқаратын лауазымы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), алған күні, қолы,(занимаемая должность, Ф.И.О. (при его наличии), дата получения, подпись)

Қаулыны жіберу туралы белгі (Отметка о высылке постановления)

_____

_____ күні, айы, жылы, түбіртек нөмірі (число, месяц, год, № квитанции)

Айыппұл төлеу деректемелері (Реквизиты оплаты штрафа): _____

_____ _____

_____ _____

_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ №_____
бұйрығына 107-қосымша

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

Приложение 107
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген №107/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 107/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ года №_____

Заңдылықты бұзу жағдайларын, сондай-ақ әкімшілік құқық бұзушылық жасауға ықпал ететін себептер мен жағдайларды жою бойынша шаралар қабылдау туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің жеке ұсынуы

Частное представление главного государственного санитарного врача о принятии мер по устранению случаев нарушения законности, а также причин и условий, способствующих совершению административных правонарушений

"___" _____ 20__ (жыл) года №____ елді мекен (населенный пункт): _____

1. Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора) _____

2. Жеке ұсыну шығарудың құқықтық негіздері (Правовые основания вынесения частного представления) _____
_____ _____
_____

3. Жеке ұсыну шығару жағдайларының сипаттамасы (Описание обстоятельств вынесения частного представления) _____
_____ _____
_____

4. Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы бақылау және қадағалау субъектілерінің (объектілерінің) заңдылықты бұзу жағдайларын, сондай-ақ әкімшілік құқық бұзушылықтарды жасауға ықпал ететін себептері мен жағдайларын сипаттау

(Описание случаев нарушения законности, а также причины и условия, способствующие совершению административных правонарушений субъектами (объектами) контроля и надзора в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения) _____
___ _____

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабы 1) тармағының 3-1) тармақшасының, 38-бабы 2) тармағының 3-1) тармақшасының негізінде АНЫҚТАДЫМ (На основании подпункта 3 -1) пункта 1 статьи 38, подпункта 3-1) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" УСТАНОВИЛ):

1. Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы бақылау және қадағалау субъектілерінің (объектілерінің) заңдылықты бұзушылықтарын жою, сондай-ақ әкімшілік құқық бұзушылықтар жасауға ықпал ететін себептер мен жағдайларды жою бойынша мынадай шаралар қабылдансын (Принять следующие меры по устранению нарушений законности, а также причин и условий, способствующих совершению административных правонарушений субъектами (объектами) контроля и надзора в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения):

1) _____
2) _____
3) _____

2. Осы жеке ұсынуды алған күннен бастап бір ай ішінде қарау және ұсыну енгізген органға (лауазымды адамға) қабылданған шаралар туралы хабарлау (Рассмотреть настоящее частное представление в течение месяца со дня его получения и сообщить о принятых мерах органу (должностному лицу), внесшему представление).

Ескертпе (Примечание):

"Әкімшілік құқық бұзушылық туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 826-бабы 1-бөлігіне сәйкес осы жеке ұсынуды алған күннен бастап он тәулік ішінде жоғары тұрған органға (лауазымды адамға) шағым жасалуы мүмкін. Ұсынуға шағымды қарау нәтижесі бойынша шығарылған жоғары тұрған органның шешіміне мамандандырылған аудандық және әкімшілік құқық бұзушылық жөніндегі оған теңестірілген сотқа оны

алған күннен бастап он тәулік ішінде шағым жасалуы мүмкін, оның шешімі шағымдануға жатпайды

(Настоящее частное представление может быть обжаловано в течение десяти суток со дня его получения в вышестоящий орган (должностному лицу) в соответствии с частью 1 статьи 826 Кодекса Республики Казахстан "Об административных правонарушениях". Решение вышестоящего органа, вынесенное по результатам рассмотрения жалобы на представление, может быть обжаловано в специализированный районный и приравненный к нему суд по административным правонарушениям в течение десяти суток со дня его получения, решение которого обжалованию не подлежит).

Лауазымы Должность	Қолы подпись	Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ №_____
бұйрығына 108-қосымша

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

Приложение 108
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген №108/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 108/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ года №_____

Уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы Қазақстан Республикасы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналы

Журнал регистрации постановлений Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан о введении временных санитарных мер

Басталды (Начат) "____" _____ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) "____" _____ж. (г.)

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін (сәйкес келмейтін) өнімнің (тауардың) атауы (Наименование продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям технических регламентов и (или) единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза)	Өнімнің атауы, өндіруші, сыртқы экономикалық қызметтің тауар номенклатурасының коды, өзгеде сәйкестендіру деректері (Наименование продукции, производитель, код товарной номеклатуры внешнеэкономической деятельности, иные идентификационные данные)	Уақытша санитариялық шараны қолдану негізі (Основание применения временной санитарной меры	Қолданылу мәртебесі (Статус действия)
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ №_____
бұйрығына 109-қосымша

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

Приложение 109

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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген №109/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 109/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ года №_____

Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау жөніндегі қызметіне немесе оның жекелеген түрлеріне (процестеріне, іс-әрекеттеріне) тыйым салу туралы 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.)

			Бақылау және қадағалау	**Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) немесе оның жекелеген түрлерінің (процестер, әрекеттер) өндірісі, өнімі (тауары), қызметтер көрсетуі, жұмыстарын орындауы**	**Жедел ден қою шарасын қолдану**	**Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі**

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)	субъектісінің (объектісінің мекенжайы, орналасқан жері (Адрес, место нахождение субъекта (объекта) контроля и надзора)	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))	туралы қаулының қолданылу мәртебесі (Статус действия постановления о применении меры оперативного реагирования)	аты әкесінің аты (ол болған жағдайда) (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
2026 жылғы " " _____ №_____
бұйрығына 110-қосымша

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

Приложение 110
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген №110/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы		Медицинская документация Форма № 110/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Казахстан от "____" _____ 20___ года №_____

Санитариялық-эпидемияға қарсы (қорытынды дезинфекциялау) және санитариялық-профилактикалық іс-шараларды жүргізу туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналы
Журнал регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о проведении санитарно-противоэпидемических (заключительных дезинфекционных) и санитарно-профилактических мероприятий

Басталуы (Начат) "_____"_____ 20____ ж.(г)
Аяқталуы (Окончен) "_____" _____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Қаулы шығарылған күн (Дата вынесения постановления)	Қаулы шығаруға негіз болған құжаттардың атауы және НҚА нормалары (Наименование документов и нормы НПА, на основании которых вынесено постановление)	Аумақтың толық атауы (Полное наименование территории)	Мекенжайы, орналасқан жері (Адрес, место нахождение)	Қаулыны орындау мерзімі (Сроки исполнения постановления)	Есепке алу-есеп беру құжаттамасын сақтау мерзімі (Сроки хранения учетно-отчетной документации)
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ №_____
бұйрығына 111-қосымша

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

Приложение 111
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген №111/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 111/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ 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.)

				Бармай профилактикалық бақылаудың атауы (Наименование проф.контроля без посещения)			
№ **№**	**Бармай профилактикалық бақылау жүргізілген күн (Дата проведения проф.контроля без посещения)**	**Субъектінің (объектінің) атауы, оның орналасқан орны, БСН/ЖСН (Наименование субъекта (объекта),**	**Меншік нысаны (мемлекеттік, жекеменшік (микро, шағын, орта, ірі)) (Форма собственности (государственная, частная (микро,**	Өндірістік объектілерде (өнеркәсіптік және радиациялық гигиена объектілері) жүргізілген өндірістік бақылау нәтижесі туралы ақпараттың болмауы не уақтылы ұсынылмауы (Отсутствие либо несвоевременное представление информаци	Бақылау субъектілеріне (объектілеріне) бармай жүргізілген профилактикалық бақылау шеңберінде берілген ұсынымдардың орындалуы бойынша ақпарат ұсынбау (Непредставление информации по исполнению рекомендаций	Сыртқы экономикалық қызметке қатысушылардың өнімді (тауарларды) әкелу және сәйкестігін декларациялау жөніндегі талаптарды бұзуы (Нарушение участниками внешней экономической	"Рұқсаттар және хабарламалар туралы" ҚР Заңына сәйкес көзделген халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласында рұқсаттың/хабарламаның болмауы (Отсутствие разрешения/уведомления в сфере санитарно-эпидемиолог

		местонахождение, БИН/ИИН)	**малый, средний, крупный))**	и о результатах проведенного производственного контроля на производственных объектах (объекты промышленной и радиационной гигиены)	ии, выданной в рамках проведенного профилактического контроля без посещения субъектов (объектов) контроля)	деятельности требований по ввозу и декларированию соответствия продукции (товаров))	ического благополучия населения предусмотренных в соответствии с Законом РК "О разрешениях и уведомлениях")
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Бармай профилактикалық бақылаудың атауы (Наименование проф.контроля без посещения)						
Білім беру, тәрбиелеу объектілерінің толымдылығының артуы (Превышение наполняемости объектов образования, воспитания)	Топтық инфекциялық аурулар мен уланулардың, оның ішінде тамақтан уланулардың, кәсіптік аурулар мен уланулардың тіркелу жағдайлары (Случаи регистрации групповых инфекционных заболеваний и отравлений, в том числе пищевых, профессионал	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы заңнамаға сәйкес ақпарат пен есептілікті ұсынбауы және (немесе) уақтылы ұсынбауы және нұсқамадағы талаптарды орындамауы (Непредставление и (или) несвоевременное представление субъектом (объектом) контроля и надзора	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) қызметіне расталған шағым (Подтвержденная жалоба на деятельность субъекта (объекта)			**Бармай профилактикалық бақылауды жүргізген маманның (-дардың) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы (Ф.И.О. (при его наличии)), должность и подпись сотрудника (-ов) проводивших проф.контроль без посещения)**

	ь н ы х заболеваний и отравлений)	информации и отчетности в соответствии с законодательством в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и неисполнение требований в предписании)	контроля и надзора)	**Жиынтық балл (Баллы в сумме)**	**Ұсынымның нөмірі, берілген күні (Номер и дата выдачи рекомендации)**	
9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ №_____
бұйрығына 112-қосымша

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

Приложение 112
к приказу Министра
здравоохранения

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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген №112/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 112/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ 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 күні мен нөмірі (Дата и номер постановления)	Шеттетуге жататын адам 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 (ол болған жағдайда) (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 (ол болған жағдайда) (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
2026 жылғы " " _____ №_____
бұйрығына 113-қосымша

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

Приложение 113
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген №113/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 113/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ года №_____

Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау жөніндегі қызметін немесе оның жекелеген түрлерін (процестерін, іс-әрекеттерін) тоқтата тұру туралы жедел ден қою шараларын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналы
Журнал регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о приостановлении деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действий)

Басталды (Начат) "____"_____ж. (г.)
Аяқталды (Окончен) "____"_____ж. (г.)

№	Қаулының күні мен нөмірі (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша тоқтатыла тұратын қызметінің түрі немесе оның жекелеген түрлері (процестері, іс-әрекеттері) (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 (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица, оформившего постановление о применении мер оперативного реагирования)
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ №_____
бұйрығына 114-қосымша

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

Приложение 114
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген №114/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 114/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ года №_____

Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін өнімді (тауарды) өткізуден алып қою және кері қайтарып алу 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 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 (	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 (ол болған жағдайда) (Фамилия имя отчество (при его наличии) должностного лица,	Қаулының орындалуы туралы ақпарат (Информации об исполнении

		объекта) контроля и надзора)			**оформившего постановление о применении меры оперативного реагирования)**	**постановления)**
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№___ бұйрығына
115-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
115-қосымша
Приложение 115
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген №115/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 115/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ 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 шыққан күні мен нөмірі (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)	Емдеуге жатқызуға жіберілетін адамдардың тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия имя отчество (при его наличии) лиц, направляемых на госпитализацию)	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица, оформившего постановление о применении мер оперативного реагирования)	Қаулының орындалуы туралы ақпарат (Информации об исполнении постановления)
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№_____ бұйрығына
116-қосымша

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

Приложение 116
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 116/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы	Медицинская документация Форма № 116/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Казахстан от "____" _____ 20_ _____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

Басталуы (Начат) "__" _____20___ ж.(г)
Аяқталуы (Окончен) "__" _____20___ ж. (г.)

р/с № № п/п	Әкімшілік істің (хаттама мен қаулы №), материалдың нөмірі (кіріс.№, күні) (Номер административного дела (№ протокола и постановления), материала (вх.№, дата))	Басталған күні (Дата заведения)	Хаттаманы толтырған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О (при его наличии), должность лица составившего протокол)	Қаулы жасаған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О (при его наличии), должность лица составившего постановления)	Жеке тұлға, заңды тұлға, жеке кәсіпкер туралы мәлімет тер (ЖСН, БСН, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) мекенжайы) (Сведения о физическом лице, юридическом лице, индивидуальном предпринимателе (ИНН, БИН, Ф.И.О (при его наличии), адрес))	Жұмыс түрі, лауазымы, жұмыс орны, телефоны (Род занятий, должность, место работы, телефон)	Жасалған орны, мекенжайы Место совершения, адрес.	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
2026 жылғы " " _____
№_____ бұйрығына
117-қосымша

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

Приложение 117
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 117/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 117/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Кәсіптік аурулар мен улануларды 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)**	**Зардап шеккендердің ЖСН-і (ИИН пострадавших)**	**Зардап шегушінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), жасы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии),**	**Улану орын алған объектінің атауы (Наименование объекта,**	**Цех, бөлімше, участке (Цех, отделение, участок)**	**Кәсібі (Профессия)**	**Жұмыс өтілі**

			возраст пострадавшего	где произошло отравление)			(Стаж работы)
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Кәсіби ауруды туғызған зиянды өндірістік факторларме н байланыстағы жұмыс өтілі (Стаж работы в контакте с вредными производственными факторами, вызвавшими профессиональное заболевание)	Уланған, ауырған күні (Дата отравления, заболеваний)	Улану себебі (Причина отравления)	Ауруханаға жатқызу күні мен орны (Дата и место госпитализации)	Тексеру жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), лица, проводившего обследование)	Диагнозы (Диагноз)	Диагноз қойылған күні (Дата установления диагноза)	Ескертпе (Примечание)
9	10	11	12	13	14	15	16

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№_____бұйрығына
118-қосымша

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

Приложение 118
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ №___

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**бұйрығымен бекітілген № 118/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 118/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Тамақтан улануды тіркеу журналы
Журнал регистрации пищевых отравлений

Басталуы (Начат) "__" _____20___ ж.(г)

Аяқталуы (Окончен) "__" _____20___ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	**Хабарлама/шұғыл хабарлама келіп түскен күн (Дата поступления сообщения/экстренного извещения)**	**Елді мекеннің атауы (Наименование населенного пункта)**	**Тамақтан улану болған орын (асхана, мейрамхана, дәмхана, аурухана, үйде) (Место, где произошло пищевое отравление (столовая, ресторан, кафе, больница, на дому))**	**Зардап шеккендердің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), туған жылы (Фамилия, имя отчество (при его наличии) пострадавших, год рождения)**	**Зардап шеккендердің ЖСН-і (ИИН пострадавших)**	**Зардап шеккендер саны* (Число пострадавших*)**	**Ауруханаға жатқызылғандар саны* (Число госпитализированных *)**	**Қайтыс болғандар саны* (Число умерших)**	**Улануды тудырған өнім (Продукт вызвавший отравление)**	**Ескертпе (Примечание)**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

*оның ішіндегі 14 жасқа дейінгі балаларды жақшаның ішінде көрсетіңіз (в том числе детей до 14 лет указывать в скобке)

Зертханалық зерттеулер Лабораторные исследования						**Тамақтан улануды тудырған санитариялық және технологи**	**Тамақтан улануды тергеп-тексерудің қорытынды материалд**	**Қабылданған шаралар, оның ішінде әкімшілік, тәртіптік**

Науқастардың бөлінділерін (Выделений больных)	Қанды (Кровь)	Шайындыларды (Смывов)	Мәйіттің материалдарын (Трупных материалов)	Тамақ өнімдерін (Пищевых продуктов)	Шаятын суды (Промывных вод)	**ялық кемшіліктер (Санитарные и технологические нарушения, повлекшие возникновение пищевых отравлений)**	**ары жіберілген күн (Дата направления окончательных материалов расследования пищевого отравления)**	**ықпал ету және тағы басқа шаралар (Принятые меры, в том числе меры административного, дисциплинарного воздействия и так далее)**
12	13	14	15	16	17	18	19	20

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№_____бұйрығына
119-қосымша

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

Приложение 119
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 119/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 119/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Қоршаған ортадан алынған үлгілерді серологиялық зерттеулерді 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)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні (Дата)	Материал	ПГАР (РПГА)					
				Туляремия (Туляремия)	Жалған туберкулез (Псевдотуберкулез)	Пастереллез (Пастереллез)	Листериоз (Листериоз)	Иерсиниоз (Иерсиниоз)	Күйдіргі (Сибирскую язву)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

ИФТ (ИФА)							Зерттеу аяқталған күн (Дата окончания исследования)	Зерттеу нәтижелері, зертханашы-дәрігердің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Результаты исследований, Ф.И.О (при его наличии), подпись врача-лаборанта)
Қызба (Лихорадка)	Лептоспироз (Лептоспироз)	Кене энцефалиті (Клещевой энцефалит)	ККГҚ (ККГЛ)	БСГҚ (ГЛПС)	Боррелиоздар (Боррелиозы)	Егеуқұйрық сүзегі (Крысиный тиф)		
11	12	13	14	15	16	17	18	19

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№_____ бұйрығына
120-қосымша

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

Приложение 120
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 120/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 120/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ года №_____

Дайындалған қоректік орталарды стерильдеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации стерилизации приготовленных питательных сред

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___" _____20____ж. (г.)

			Зарарсыздандырылатын бұйымдар Обеззараживаемые изделия			**Зарарсыздандыру уақыты, минутпен Время обеззараживания в мин.**		**Режим Режим**		**Бақылау тесті Тест-контроль**			
												Химиялық	

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Автоклавтың маркасы, нөмірі Марка, номер автоклава	Атауы Наименование	Саны Количество	Қаптамасы Упаковка	Басталуы Начало	Аяқталуы Конец	Қысымы Давление	Қызуы Температура	Биологиялық Биологический	Термиялық Термический	Химиялық	Маманның Т.А.Ж. (ол болған жағдайда), лауазымы және қолы Ф.И.О. (при его наличии), должность и подпись специалиста, проводившего обеззараживание

												ческий	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№_____ бұйрығына
121-қосымша

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

Приложение 121
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 121/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 121/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ 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	**Күні**	**Өлшеу құралдарының атауы, түрі, зауыт нөмірі**		**Орындалған жумыс түрлері**	**Инженердің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)**	**Қолы**	**Ескертпе**

Регистрационный номер	Дата	Наименование средств измерений, тип, Заводской номер	ӨЖ және СЖ жағдайы Состояние СИ и ИО	Виды выполненных работ	Ф.И.О. (при его наличии) инженера	Подпись	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ №_____
бұйрығына 122-қосымша

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

Приложение 122
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 122/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 122/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ 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 Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№_____ бұйрығына
123-қосымша

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

Приложение 123
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ___ жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 123/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 123/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ____ года №_____

Судың үлгілерін (жоғары дәлдіктегі жабдықта) зерттеу нәтижелерін есепке алу журналы
Журнал учета результатов исследования образцов воды (на высокоточном оборудовании)

Басталуы (Начат) "__" _____20___ ж.(г)
Аяқталуы (Окончен) "__" _____20___ ж. (г.)

Тіркелу нөмірі (Регистрационный номер)	Сынама қабылданған күн (Дата принятия пробы)	Сынама алу орны (Место отбора пробы)	Мекенжайы (Адрес)	Көрсеткіштер атауы (Наименование показателей)	Анықталған шоғырлану (Выявленная концентрация)	РЕШШ нормасы (Норма ПДК)	Зерттеу НҚ-ы (НД исследования)	Хаттаманың толтырылған күні (Дата составления протокола)	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица, проводившего исследования)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№_____ бұйрығына
124-қосымша

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

Приложение 124
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 124/е нысанды медициналық құжаттама**

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 124/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ 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)								
			5 мкл (+/- 0,25 мкл) (+5,0%)	10 мкл (+/- 0,25мкл) (+2,5%)	20 мкл (+/- 0,4мкл) (+ 2,0%)	25 мкл (+ 0,5мкл) (+ 2,0%)	50 мкл (+/- 1,0мкл) (2,0%)	100 мкл (+/- 1,5 мкл) (+/- 1,5%)	200 мкл (+ 2,0мкл) (+/- 1,0%)	250мкл (+ 2,5мкл) (+/- 1,0%)	300 мкл (+/ - 5,0мкл) (+/- 1,0 %)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)											

500 мкл(+/-5,0мкл) (+/-1,0%)	1000 мкл (+/-10мкл) (+/-1,0%)	2000 мкл (+/- 20мкл) (+ 1,0%)	5000 мкл (+/-50мкл) (+1,0%)	Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), тексерушінің қолы (Ф.И.О.(при его наличии), подпись проводящего)	Ескертпелер (Примечания)
13	14	15	16	17	18

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№_____ бұйрығына
125-қосымша

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

Приложение 125
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ___жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 125/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 125/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ____ года №_____

_____ (заттың, өнімнің атауы) (тамақ өнімдері, топырақ, ағаш шикізаты, көмір, минералды шикізат, ойыншықтар, жиһаз өнімі, автомобиль жолдарын салу және жөндеу кезінде пайдаланылатын материалдардың және тағы басқалардың атауы) радиоактивтілігін зерттеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации исследования радиоактивности _____ (наименование продукции, вещества) (пищевой продукции, почвы, древесного сырья, угля, минерального сырья, игрушек, мебельной продукции, материалов, используемых при строительстве и проведении ремонта автомобильных дорог и так далее)

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	**Өлшеу жүргізілген күн (Дата проведения измерения)**	**Үлгінің атауы, өнім беруші, өндіруші (Наименование образца, поставщик,**	**Үлгінің салмағы (көлемі) (Вес (объем) образца)**	**Үлгіні өлшеу уақыты (мин/сек) (Время измерения образ**	**Радионуклидтердің белсенділігі, Бк/кг/л/дм3 Активность радионуклидов, Бк/кг/л/дм3**							**Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его налич**
					Радий-226 (Ra-226)	Торий- 232 (Th-232)	Калий- 40 (K-40)	Цезий - 137 (Cs-137)	Стронций-90 (Sr -90)	Басқа гамма сәулеленуші изотоптар (Другие гамма излучающие изотопы)	Меншікті тиімді белсенділігі (Удельная эффективная	

		изготовитель)		**ца (мин/сек))**							активность)	**ии) проводившего исследование)**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

№	Меншікті тиімді белсенділік Cs-137(Бк/кг) (Удельная эффективная активность) Cs-137(Бк/кг)	Меншікті тиімді белсенділіктің рұқсат етілген деңгейі Cs-137 (Бк/кг) (Допустимый уровень удельной эффективной активности) Cs-137 (Бк/кг)	Меншікті тиімді белсенділік Sr- 90(Бк/кг) (Удельная эффективная активность) Sr- 90(Бк/кг)	Меншікті тиімді белсенділіктің рұқсат етілген деңгейі Sr- 90 (Бк/кг) (Допустимый уровень удельной эффективной активности) Sr- 90 (Бк/кг)	Зерттеу/сынақ әдісіне НҚ (НД на метод исследования/ испытаний)
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№_____ бұйрығына
126-қосымша

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

Приложение 126
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 126/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере	Медицинская документация Форма № 126/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ ____ года №_____

санитарно-эпидемиологического благополучия населения		

Тамақ 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 Дата, месяц, год окончания исследования, фамилия, имя, подпись лица, проводившего исследование**
		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
2026 жылғы " " _____
№_____ бұйрығына
127-қосымша

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

Приложение 127
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ___жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 127/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 127/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ____ года №_____

Тамақ 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
2026 жылғы " " _____
№_____ бұйрығына
128-қосымша

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

Приложение 128
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен Бекітілген № 128/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 128/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____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)**	**Таразыны калибрлеу, гр. (Калибровка весов, гр)**	**Калибрленген таразы көрсеткіштері, гр. (Показания калиброванных весов, гр.)**	**Таразы көрсеткіштерінің ауытқуы, г (Отклонения показания весов, г)**	**Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы, (Ф.И.О (при его наличии), Подпись)**	**Ескертпелер (Примечания)**
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№_____ бұйрығына
129-қосымша

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

Приложение 129
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 129/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 129/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ 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)	**Сынаманың алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора пробы)**	**Зертханаға түсу күні мен уақыты (Дата и время поступления в лабораторию)**	**Ингредиенттер және басқа көрсеткіштердің атауы (Наименование показателей ингредиентов и других)**	**Суды зерттеу нәтижесі (Результат исследования воды)**	**Зерттеу нәтижесінің берілген күні (Дата выдачи результата исследования)**	**Зерттеуді жүргізген Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), (Ф.И.О (при его наличии), подпись проводившего исследования)**
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№_____ бұйрығына
130-қосымша

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

Приложение 130
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 130/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 130/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Қоршаған орта параметрлерін бақылауды тіркеу журналы
Журнал регистрации контроля параметров окружающей среды

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___" _____20____ж. (г.)

Өлшеу күні мен уақыты (Дата и время измерения)	Бөлме № (№ комнаты)	Ауа температурасының көрсеткіштері (Показатели температуры воздуха)		Құрғақ және ылғалды термометр көрсеткіштерінің айырмасы (Разность показаний температуры сухого и влажного термометров)	Салыстырмалы ылғалдылық (Относительная влажность %)	Қолы (Подпись)
		Құрғақ термометр (Сухого термометра)	Ылғалды термометр (Влажного термометра)			
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№_____ бұйрығына
131-қосымша

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

Приложение 131
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген №131/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 131/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Бу және ауа стерилизаторларын, құрғақ ыстық ауалы шкафтарды (автоклавтарды) және дезинфекциялау камераларын бақылауды тіркеу журналы
Журнал регистрации 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 автоклавы 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
2026 жылғы " " _____
№_____ Бұйрығына
132-қосымша

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

Приложение 132
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген №132/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы		Медицинская документация Форма № 132/у

мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

pH метрді калибрлеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации калибровки pH 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 Т.А.Ә.(ол болған жағдайда) қолы Ф.И.О.(при его наличии) и подпись проводившего калибровку**	**Ескерту Примечания**
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№_____ бұйрығына
133-қосымша

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

Приложение 133
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген №133/есанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық		

саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 133/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Термостаттың температурасын бақылауды тіркеу журналы
Журнал регистрации контроля температуры термостата

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Күні (Дата)	**Термостат температурасы (Температура термостата)**		**Маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), (Ф.И.О. (при его наличии) специалиста)**	**Қолы (Подпись)**	**Ескертпе (Примечание)**
	Жұмыс алдында 9.00 (Перед работой 9.00)	Жұмыс соңында 16.00 (В конце работы 16.00)			
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2026 жылғы " " _____ №_____ бұйрығына 134-қосымша

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 20 тамыздағы № ҚР ДСМ-84 бұйрығына 134-қосымша

Приложение 134 к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 августа 2021 года № ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ №_____бұйрығымен бекітілген № 134/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық		Медицинская документация Форма № 134/у

саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Центрифуганы қосуды және стерильдеуді 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. (ол болған жағдайда), Ф.И.О (при его наличии), специалиста работавшего с центрифугой**	**Қолы Подпись**	**Ескертпе Примечание**
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№_____ бұйрығына
135-қосымша

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

Приложение 135
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ №_____бұйрығымен бекітілген № 135/е нысанды медициналық құжаттама**

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 135/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Зертханалық ыдыстарды стерильдеуді 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. (ол болған жағдайда), Ф.И.О. (при его наличии), проводившего стерилизацию	Қолы Подпись
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№_____ бұйрығына
136-қосымша

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

Приложение 136
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ №_____бұйрығымен бекітілген № 136/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 136/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ года №_____

Зертханааралық салыстыру сынақтары және сапаны сырттай бағалау бойынша сынамаларды тіркеу журналы
Журнал регистрации проб по межлабораторным сличительным испытаниям и внешней 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 направлен**	**Қайда жіберілді Куда направлен**	**Жіберілген препараттар саны Количество направленных препаратов**	**НҚ-ға сәйкес Нормалар Нормы в соответствии с НД**	**Зерттеудің нәтижесі Результат исслдований**	**Нәтижелер сәйкестігінің үлес салмағы Удельный вес совпадений результатов**	**Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись, проводившего исследование**	**Ескерту Примечание**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
137-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
137- қосымша
Приложение 137
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ №_____бұйрығымен бекітілген № 137/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 137/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ года №_____

Зертханадағы авариянын 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**	**Авариянын анықтаған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы Ф.И.О (при его наличии), должность специалиста**	**Болған авария түрі Вид аварии**	**Қолданған шаралар Принятые меры**	**Зертхана меңгерушісінің қолы Подпись заведующего лабораторией**	

		обнаружевшего аварию				**Ескертпе Примечание**
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
138-қосымша

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

Приложение 138
к приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ №_____бұйрығымен бекітілген № 138/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 138/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ 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 (Регистрац	**Күні,уақыты (Дата,время)**		**Үлгіні жіберген ұйым (Организация, направив**	**Т.А.Ә (ол болған жағдайда)**	**Жасы (Возраст)**	**Тұрғылықты мекенжайы**	**Диагноз, тексеріп қарау жиілігі (Диагноз, кратность**	**Микробтардың жалпы өсу саны (МЖС) (Общее микробное**
	Сынама алу	Зертханаға түсуі (Поступления в						

ионный номер)	(Отбора проб)	лаборатор ию)	**ш а я образец)**	**(Ф.И.О (при его наличии))**		**(Адрес проживан ия)**	**обследова ния)**	**число (ОМЧ))**
1	2		3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Ішек таяқшалары тобы бактерияларына зерттеу **Исследование на бактерий группы кишечных палочек**											
Себілетін көлем (засеваемый объем)	Кесслер ортасында өсу (рост на среде Кесслера)			Эндо ортасында өсу (рост на среде Эндо)	Микроскопия	Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)					
						Окси даза	Глюкоза				
9	10			11	12	13	14				
Стафилококқа зерттеу: (Исследование на стафилококк):						Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)					
Тікелей себу (Прямой посев)		Байыту ортасынан себу (Высев со среды обогащения)		Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)							
Себілетін көлем (Засеваемый объем)	Сипатты колониялар саны (Количество характерных колоний)	Себілетін көлем (Засеваемый объем)	Тығыз ортада өсу (Рост на плотных средах)	Лецитиназа	Микроскопия	Анаэробты жағдайлардағы мальтоза (Мальтоза в анаэробных условиях)	Термотұрақты нуклеаза (Термостабильная				Зерттеу аяқталған күн, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты әкесінің аты (ол болған жағдайда) қолы. Дата окончания исследования Фамилия, имя, отчество (при его наличии) подпи

							нуклеаза)	МАШАнМС (КМАФАнМ)	ІТТБ (БГКП)	Стафилококк Стафилококк	с ь лица проводив шего исследование
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
139-қосымша

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

Приложение 139
к приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____ жылғы "___" _____ №**

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**___бұйрығымен бекітілген № 139/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 139/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ года №_____

Парфюмерлік-косметикалық өнімдерді микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований парфюмерно-косметической продукции

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Күні (Дата)	**Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)**	**Күні, уақыты (Дата, время)**			**Үлгіні алу орны, объектісі (Обьект, место отбора образца)**	**Зерттеу мақсаты (Цель исследования)**
		Алынған (Отборан)	Зертханаға түсуі (Поступление лабораторию)	Зерттеудің басталуы (Начало исследования)		
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Микроорганизмдердің жалпы саны (Мезофильді-аэробты, факультативті-анаэробты), КТБ (Общее количество микроорганизмов (Мезофильно-аэробны, факультативно-анаэробных), КОЕ)							**Зерттеу нәтижелері, зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда). (Результат исследования,дата окончания исследования, Ф.И.О. (при его наличии) лица, проводившего о**
Себу көлемі (Засеваемый обьем)	Өскен колониялар						

	саны (Количество выросших Колоний)	**Candida alibicans**	**E. coli**	**Staphylococcus aureus**	**Pseudomonas aeruginosa**	**Басқа Другие**	**исследования)**
8	9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
140-қосымша

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

Приложение 140
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген № 140/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 140/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года № _____

Тамақ 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
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
141-қосымша

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

Приложение 141
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген № 141/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы		Медицинская документация Форма № 141/у Утверждена приказом Министра здравоохранения

Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Республики Казахстан от "____" _ _____ 20_____года № _____ _

Жеке гигиена құралдарын микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований средств личной гигиены

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Күні/ (Дата)	**Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)**	**Күні, уақыты (Дата, время)**			**Үлгіні алу орны, объектісі (Обьект, место отбора образца)**	**Зерттеу мақсаты (Цель исследования)**
		Алынған (Отобран)	Зертханаға түсуі (Поступление в лабораторию)	Зерттеудің басталуы (Начало исследования)		
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Enterobacteriaceae в 10 г	Staphlococcusaureus в 10 г	Pseudomonasaeruginosa в 10 г	Зең және ашытқы саңырауқұлақтары КТБ/г (артық емес) (Плесневые и дрожжевые	Себу көлемі (Засеваемый обьем)	Өскен колониялар саны (Количество выросших колоний)	Зерттеу нәтижелері, зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) қолы. (Результат исследования, дата оконча

			грибы КОЕ/г (не более))			ния исследования, Ф.И.О. (при его наличии) Подпись лица, проводившего исследования)
8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
142-қосымша

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

Приложение 142
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген № 142/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 142/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года № _____

Балалар мен жасөспірімдерге арналған өнімдерді микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы

Журнал регистрации микробиологических исследований продукции, предназначенной для детей и подростков

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Күні (Дата)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні, уақыты (Дата, время)		Үлгі алынған орын, объект (Обьект, место отбора образца)	Зерттеу мақсаты (Цель исследования)	Ашытқылар, ашытқы тәрізді, зең саңырауқұлақтары, 1г. (1см2) өнімде (Дрожжи, дрожжеподобные, плесневые грибы, 1г. (1см2) продукции)		Энтеробактериялар тұқымдас бактериялар (1см2) 1г. өнімде / Бактерии семейство энтеробактерии, в 1г. (1см2) продукции	1г-дағы патогенді стафилококтар (1см2) / өнімде (Патогенные стафилококки в 1г. (1см2) продукции)	1г-дағы жалған монас аэрогеноза (1см2) өнімде (Псевдомонас аэрогеноза в 1г. (1см2) продукции)	Зерттеу нәтижесі, зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Результат исследования, дата окончания исследования, Ф.И.О. (при его наличии), подпись лица, проводившего исследования)
		Алынған (Отбора)	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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
143-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
143- қосымша
Приложение 143
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген № 143/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 143/у Утвержден приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года № _____

Ойыншықтарды микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований игрушек

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Күні (Дата)	**Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)**	**Күні, уақыты (Дата,время)**			**Обьект, үлгіні алу орны (Обьект, место отбора образца)**	**Зерттеу мақсаты (Цель исследования)**	**Микроорганизмдердің жалпы саны (мезофилді-аэробты факультативті-анаэробты) (Общее количества микроорганизмов (мезофильно-аэробно факультативно-анаэробных))**	
		Іріктеп алынған (Отбора)	Зертханаға қабылдаған (Принят в лабораторию)	Зертханаға түскен (Поступление в лабораторию)			Себу көлемі (Засеваемый обьем)	Өскен колониялар саны (Кол-во выросших колоний)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Ойыншықтардағы ашытқы, ашытқы тәрізді, зең саңырауқұлақтары, 1г. (1см2, 1см3) (Дрожжи,дрожжеподобные, Плесневые грибы, 1г. (1см2, 1см3) игрушек)		**Ойыншықтардың 1граммдағы (1см2, 1см3) энтеробактериялар тұқымдас бактериялар (Бактерии семейства энтеробактерии в 1г. (1см2 , 1см3) игрушек)**	**Ойыншықтардың 1 граммдағы (1см2, 1см3) патогенді стафилококктар, (Патогенные стафилококки в 1г. (1см2 , 1см3) игрушек)**	**Ойыншықтардың 1 граммдағы (1см2, 1см3) жалған монас аэрогеноз (Псевдомонас аэрогеноза в 1г. (1см2, 1см3) игрушек)**	**Зерттеу нәтижелері, зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), . қолы (Результат исследования, дата окончания исследования, Ф.И.О (при его наличии), подпись лица, проводившего исследования)**
Себу көлемі (Засеваемый обьем)	Өскен колониялар саны (Количество выросших колоний)				
10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
144-қосымша

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

Приложение 144
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ____жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген № 144/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы		Медицинская документация Форма № 144/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _

Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		_____ 20_____года № _____ _

Бактерияларға қарсы препараттарға (сыртқы ортадан бөлінген өсірінділерге) сезімталдықты анықтауды тіркеу журналы
Журнал регистрации определения чувствительности к антибактериальным препаратам (культур выделенных из внешней среды)

Күні (Дата)	**Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)**	**Өсірінділердің атауы (Наименование культуры)**	**Бөліну көзі (Источник выделения)**	**Бөліну орны (Место выделения)**	**Жіберген мекеменің атауы (Наименование направившего учреждения)**	**Антибиотиктер атауы/ наименование антибиотиков**
1	2	3	4	5	6	7
	Нәтижесі (Результат)					
Өсудің тежелу аймағы Зона подавления роста	- Сезімтал (S)/ Чувствительный (S)	Сезімталдығы орташа (I) Умеренно чувствительный	Резистентті (R) / Резистентный (R)	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы және қолы (Ф.И.О. (при его наличии), должность и подпись лица проводившего исследования		
8	9	10	11	12		

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
145-қосымша

Қазақстан Республикасы
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№_____ бұйрығына
145-қосымша

Приложение 145 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**министрінің2021 жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 145/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 145/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Қанды ішсүзегі, А және В паратифі қоздырғышын анықтауға 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**	**Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), мекен жайы, жұмыс орны Ф.И.О. (при его наличии), адрес, место работы**	**Қанды акелген адамның Т.А.Ә.(ол болған жағдайда), луазымы қолы Ф.И.О. (при его наличии), 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

Продолжение таблицы

	Сәйкестендіру тесттері		**Талдау аяқталған күн**	**Нәтиже берілген күн, ай, жыл**	**Зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда),**

Микроскопия	Тесты идентификации	Нәтиже Результат	Дата окончания анализа	Дата выдачи результата	Ф.И.О. (при его наличии), подпись лица проводившего исследование
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
146-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№_____ бұйрығына
146-қосымша

Приложение 146
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № бұйрығымен Бекітілген № 146/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 146/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.)

								Зерттеу нәтижелері Результат исследования			**Зерттеу жүргізген адамн**	

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зерттелушінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), Ф.И.О. (при его наличии) обследуемого	Туған жылы Год рождения	Мекен – жайы Адрес проживания	Тексеруге жіберген мекеме Учреждение направившее на обследование	Үлгіні тексеруге қабылдау күні, айы, жылы Дата приема образца на исследование	Диагнозы, ауырған күні, айы, жылы Диагноз, дата заболевания	Зерттеудің әдісі Метод исследования	Көрсеткіш Показатель	Көрсеткіш Показатель Басқалар (көрсетіңіз) Прочие (указать)	Нәтижелер берілген күн, ай, жыл Дата выдачи результатов	ың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы Фамилия, имя, отчество (при его наличии), , подпись, проводившего исследование	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
147-қосымша

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

Приложение 147
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген № 147/есанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық		Медицинская документация Форма

саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		№ 147/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _ _____ 20_____года № _____ _

Металды, металдан жасалған бұйымдарды және метал сынықтарын зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации исследований металла, изделий из металла и металлолома

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

р/с № (№п/п)	Күні (Дата)	Тапсырыс беруші (Заказчик)	Зерттеу, өлшеу мақсаты (Цель исследования, замеров)	Өлшеудің жалпы саны (Общее количество замеров)	Гамм-сәулелену (Гамма-излучение)	Бета-сәулелену (Бета-излучение)	Альфа сәулелену (Альфа-излучение)	Орындаушының Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О (при его наличии), исполнителя)	Хаттаманы беру күні (Дата выдачи протокола)	Ескертпе (Примечание)
					мәні (значение)	мәні (значение)	мәні (значение)			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
148-қосымша

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

Приложение 148
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ №**

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**бұйрығымен бекітілген № 148/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 148/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _ _____ 20_____года № _____ _

Мұнай өнімдерін қайта өңдеу мен арнайы сұйықтықтар үлгілерін зерттеу нәтижелерін тіркеу және беру журналы
Журнал регистрации и выдачи результатов исследования образцов переработки нефтепродуктов и специальных жидкостей

Басталуы (Начат) "___"_____20 ___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20 ____ ж. (г.)

Реттік нөмірі (Порядковый номер)	**Үлгіні алу актісі (Акт отбора образца)**	**Зерттеу жүргізілген күн (Дата проведения исследования)**	**Үлгі алынған орын, ұйымның атауы (Место отбора, наименование организации)**	**Үлгінің атауы (Наименование образца)**
1	2	3	4	5

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)			Зерттеулер әдістеріне НҚ (НД на методы исследований)	Зерттеу жүргізген адамның қолы (Подпись лица, проводившего исследование)
Көрсеткіш атауы (Наименование показателя)	Анықталған шоғырлану (Обнаруженная концентрация)	Нормативтік көрсеткіштер (Нормативные показатели)		
6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2026 жылғы " " _____ № ___ бұйрығына 149-қосымша

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №_____ бұйрығына 149-қосымша

Приложение 149 к приказу Министра здравоохранения

Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген №149/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма №149/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Рентгенология (сәулелі диагностика және терапия) кабинеттеріндегі 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 его наличии) проводившего замер, подпись**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ___ бұйрығына
150-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№_____ бұйрығына
150-қосымша
Приложение 150
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген №150/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма №150/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. (ол болған жағдайда) және қолы Ф.И.О (при его наличии), должность и**

					подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
151-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____ №_____
бұйрығына
151-қосымша

Приложение 151
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №___ бұйрығымен бекітілген №151/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 151/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Сынаққа жарамсыз сынамаларды (үлгілерді) тіркеу (бракераж) журналы
Журнал регистрации образцов (проб) не пригодных к испытанию (бракеражный)

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

			Сынаманы жеткізген Т.А.Ә. (ол	**Бракераж себебі (материал сапасы, жеткізу ережелері**	**Зерттелушінің Т.А.Ә.**			

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Сынама атауы Наименование образца	болған жағдайда), /жіберген мекеме атауы Наименование организации Ф.И.О (при его наличии), подпись доставший пробу	н бұзу және т. б. Сәйкессіздіктерді атау) Причина бракеража (Перечислить нарушения, по качеству материала, правилам доставки и т.д)	(ол болған жағдайда), сынама, ошақ, мекенжайы Ф.И.О. (при его наличии) больного человека, материал, очаг, адрес	Қабылданған шаралар Принятые меры	Бракеражға жауапты, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), Ф.И.О. (при его наличии) ответсвенный за бракераж	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
152-қосымша

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

Приложение 152
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 152/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере		Медицинская документация Форма № 152/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ года №___

санитарно-эпидемиологического благополучия населения		

Сәйкессіздіктерді және түзету іс-қимылдарын жүргізу жөніндегі іс-шараларды тіркеу журналы
Журнал регистрации несоответствий и мероприятий по проведению корректирующих действий

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Толтырылған күні (Дата заполнения)	Анықталған сәйкессіздік (Обнаруженное несоответствие)	Сәйкессіздіктердің орын алған уақыты мен жері (Место и время возникновения несоответствия)	Сәйкессіздіктің себебі (Причина несоответствия)	Түзету іс-қимылы (Корректирующие действия)	Өткізу мерзімі (Сроки проведения)	Жүргізуге жауапты (Ответственный за проведение)	Орындалу ы туралы белгі (Отметка о выполнении)	Қабылданған іс-қимылдарды талдау және бағалау (Анализ и оценка предпринятых действий)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
153-қосымша

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

Приложение 153
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___жылғы "___" _____ №____бұйрығымен бекітілген №153/есанды медициналық құжаттама**

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 153/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _ _____ 20____ года №_____

Бактерицидтік шамның жұмыс істеген уақытын есепке алу журналы
Журнал учета отработанного времени бактерицидной лампы

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Бөлімше (кабинет) атауы (Название отделения (кабинета))	Шамның орнатылған күні (Дата установки лампы)	Қосу уақыты, сағ. (Время включения, час)	Өшіру уақыты, сағ. (Время выключения, час)	Жұмыс істеген уақыты, сағ. (Количество отработанного времени, час)	Шамның қалдық жану ұзақтығы, сағ (Оставшаяся продолжительность горения лампы, час)	Жауапты қызметкердің қолы (Подпись ответственного персонала)	Ескертпе (Примечание)
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
154-қосымша

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

Приложение 154
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__жылғы "___" _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**№___ бұйрығымен бекітілген № 154/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 154/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Тоңазыту жабдығының, тоңазыту және мұздату бөлмелерінің немесе камераларының 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.)

Күні (Дата)	**Термометр көрсеткіштері (Показания термометра)**		**Өңдеу күні (Дата обработки)**	**Жауапты қызметкердің қолы (Подпись ответственного работника)**	**Ескертпе (тоңазыту жабдығының электр энергиясының өшірілгені, ерітілгені, ақаулары туралы белгілер) (Примечание (отметки об отключении электроэнергии, размораживании, неисправности холодильного оборудования))**
	Таңертең (утром)	Кешке (вечером)			
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
155-қосымша

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

Приложение 155
к приказу Министра
здравоохранения

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

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 155/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 155/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
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
156-қосымша

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

Приложение 156
к приказу Министра
здравоохранения

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

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген №156/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 156/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 не 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)			

	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)		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	Өртеу арқылы сжиганием	Өртемеу әдістерімен не сжигающими методами		Пайда болды образовано	Өртеу арқылы сжиганием	Өртемеу әдістерімен не 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)			
Пайда болды образовано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді Передано сторонним организ	Пайда болды образовано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді Передано сторонним организ	Пайда болды образовано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді Передано сторонним организ
		Өртемеу әдістерімен				Өртемеу әдістерімен				Өртемеу әдістерімен	

	Өртеу арқылы сжиганием	не сжигающими методами	ациямна обезвреживание (утилизацию)		Өртеу арқылы сжиганием	не сжигающими методами	ациямна обезвреживание (утилизацию)		Өртеу арқылы сжиганием	не сжигающими методами	ациямна обезвреживание (утилизацию)
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
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
157-қосымша

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

Приложение 157
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген №157/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 157/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Өнім берушілер мен 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, теңге**	**Өнім берушімен жұмыс істеу кезінде жақсарту серпіні Динамика на улучшение при работе поставщиком**	**Кепілдік Гаранти и**	**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
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
158-қосымша

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

Приложение 158
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 158/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 158/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Иондаушы сәулелену көздерін пайдаланатын шаруашылық жүргізуші субъектілерді және радиоактивті 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 (ол болған жағдайда) және телефоны** **Фамилия, имя, отчество (при его наличии), 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
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
159-қосымша

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

Приложение 159
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 159/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере		Медицинская документация Форма № 159/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

санитарно-эпидемиологического благополучия населения		

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. (ол болған жағдайда) Ф.И.О (при его 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
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
160-қосымша

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

Приложение 160
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 160/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы		Медицинская документация Форма № 160/у Утверждена

мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Полимеразды-тізбекті реакция (ПТР) әдісімен генетикалық түрлендірілген объектілердің (ГТО) болуына шикізат пен тамақ өнімдерінің үлгілерін зерттеулерді тіркеу және олардың нәтижелерін беру журналы

Журнал регистрации образцов и выдачи результатов исследования сырья и пищевых продуктов на содержание генетически модифицированных объектов (ГМО) методом полимеразно-цепной реакций (ПЦР)

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 (Регистра	**Күні (дата)**			**Үлгі атауы, саны, көлемі, алынған орын (Наименование образца, количество, объем**	**Зерттеу әдісі (Метод**	**Зерттеу нәтижесі Результат исследования**		**Зерттеу аяқталған күн, зерттеуді жүргізген адамның лауызымы, Т.А.Ә. (о л болған жағдайда), және қолы (Дата окончания исследования, должность, Ф:И.О (при его наличии), и подпись лица, проводившего**	**Нәтиже берілген күні (Дата выдачи**
	Үлгілерді алу	Зертханаға түсу (Поступления в	Зерттеудің басталуы (Начала			Сапалық көрсеткіш (Качественный показатель)	Сандық көрсеткіш (Количественный		

ционный номер)	(Отбора образцов)	лаборатор рию)	исследов ания)	**, место отбора)**	**исследов ания)**		показател ь)	**исследов ание)**	**результат а)**
1	2	3	4	5	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
161-қосымша

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

Приложение 161
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 161/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 161/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ ____года №_____

Москит имаголары санының маусымдық 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-жайларда жабысқақ бетте, іннің алдына қойылған құйғыш тәрізді ұстағышта) (Способ учета (в помещениях на липкий лист, воронкообразной ловушкой изнор))	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	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ	1	2	3	см
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

кестенің жалғасы (продолжение таблицы)

Он күндік * және орташа айлық (бұдан әрі - ОА) саны (Подекадная* и среднемесячная (далее-СМ) численность)											Орташа маусымдық көрсеткіш Среднесезоный показатель	
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь				
1	2	3	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ	
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

* Әрбір он күндікті 2 кіші бағанға бөлеміз: алымында - москиттердің барлық саны, бөлгішінде - 1 жабысқақ беттегі немесе 1 ұстағыштағы

Ескертпе: есепке алу үй-жайлар типі бойынша жүргізіледі (тұрғын, шаруашылық, мал тұратын), ашық табиғатта

*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

Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
162-қосымша

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

Приложение 162
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___жылғы "___" мамырдағы №___ бұйрығымен бекітілген № 162/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 162/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____20_____ года №_____ _

Аумақтардағы барлап зерттеп-қарау нәтижелері бойынша кене энцефалитін тасымалдаушы иксод 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-климаттық аймақтың атауы, маршруттың нөмірі		**Тексеру көлемі,**	**Ашық аумақтарды тексеру (Обследование открытых территорий)**		**Малды тексеру (Обследование скота)**			
			Тексерілген аумақтың өсімдік жамылғысынан	Оның ішінде		Оның ішінде кене басқан мал		Оның ішінде түрлік

(Наименование района, ландшафтно-климатической зоны, номер маршрута)	**Тексеру күні (Дата обследования)**	**км-мен (Объем обследования в км)**	жиналған кенелер (Собрано клещей с растительного покрова обследованной территории)	түрлік тиесілігі бойынша (В том числе, по видовой принадлежности)	Қаралған ірі қара мал (Осмотрено крупного рогатого скота)	(ІҚМ және ҰМ) (В том числе заклещеванного скота (КРС и МРС))	Жиналған кенелер (Собрано клещей)	тиесілігі бойынша (В том числе, по видовой принадлежности)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Барлық жиналған кенелер (Всего собрано клещей)	**Оның ішінде түрлік тиесілігі бойынша (В том числе, по видовой принадлежности)**	**Зертханаға зерттеуге жіберілген кенелер (Түтікшелер саны, әр түтікшеде қанша дана, GPS - деректер СЕ, ШБ) (Направлено клещей на исследование в лабораторию (Количество пробирок, Сколько штук в каждой пробирке, GPS-данные СШ, ВД))**	**Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)**	
			Патогенді агенттер бөлінді (Выделены патогенные агенты)	Оң партиялардың пайызы (Процент положительных партий)
10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
163-қосымша

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

Приложение 163
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**___жылғы "___" мамырдағы №___ бұйрығымен бекітілген № 163/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 163/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____20_____ года №_____ _

Қансорғыш буынаяқтылардың дернәсілдерімен және имагосымен күрес бойынша жұмыстарды есепке алу журналы
Журнал учета работ по борьбе с личинками и имаго кровососущих членистоногих

Елді мекеннің атауы (Наименование населенного пункта)_____ _____

_____ _____

облысы (области) _____ ауданы (в районе)

Өңдеу орны (су қоймасы) (Место обработки (водоем))	**Өңдеуге дейінгі тексеру күні (Дата обследования до обработки)**	**Өңдеуге дейінгі буынаяқтылардың саны (түрі, есепке алу бірлігі) (Численность членистоногих до обработки (вид, единица учета))**		**Өңдеуге көрсетілімдер (Показания к обработке)**	**Өңдеу күні (Дата обработки)**	**Препараттың атауы, мөлшері, олардың шығысы (Наименование препарата, дозировка, расход ядов)**	**Өңделген алаң (Обработанная площадь)**	**Тиімділікті бақылау (Контроль эффективности)**			
								Өңдеуден кейінгі тексеру күні (Дата обследования после обработки)	Өңдеуден кейінгі саны (түрі, есепке алу бірлігі) (Численность после обработки (вид, единица учета)		Тиімділік пайызы (Процент эффективности)
		Дернәсілдер (Личинки)	Имаго						Дернәсілдер (личинки)	Имаго)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
164-қосымша

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

Приложение 164
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №____ бұйрығымен бекітілген №164/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 164/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____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
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
165-қосымша

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

Приложение 165
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №____ бұйрығымен бекітілген №165/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 165/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Анофелес дәрнәсілдері санының маусымдық серпінін тіркеу журналы
Журнал регистрации сезонной динамики численности личинок Анофелес

Елді мекеннің атауы (Наименование населенного пункта) _____
_____

облысы (области)_____ауданында (районе)_____
_____

Масаның түрі (Вид комара)_____
_____

есептеу әдісі (метод учета)_____
_____

күні (дата) "____"_____ 20___ ж. (г.)

С у қоймасы (Водоем)	Он күндік* және орташа айлық (бұдан әрі – ОА) саны (Подекадная* и среднемесячная (далее – СМ) численность)											
	Сәуір (Апрель)				Мамыр (Май)				Маусым (Июнь)			
	1	2	3	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Он күндік* 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	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ	
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

* Әрбір онкүндікті 2 кіші бағанға бөлеміз: алымында – барлық дернәсілдер, бөлгішінде – бір сынамаға келетін саны; Бір м2 су бетіне келетін санды қайта есептеуді 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
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
166-қосымша

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

Приложение 166
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №____ бұйрығымен бекітілген №166/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 166/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____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 членистоногого и фазы его развития**	**Түрі мен айы бойынша жиналған түрлерінің саны Численность собранных экземпляров по видам и месяцам**						**Барлық жиналғаны Всего собрано**	
		IV	V	VI	VII	VIII	IX	Абсолюттік санмен В абсолютных числах	Ортақ саннан алынған пайызбен В процентах от общего числа
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Приложение 167
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2026 года
№ _____
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
167- қосымша
Приложение 167
к приказу Министра

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №____ бұйрығымен бекітілген №167/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 167/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Жәндіктер мен кенелердің шағуына (шабуылына) байланысты жүгінген адамдарды тіркеу журналы
Журнал регистрации обратившихся с укусами (нападением) насекомых и 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**	**Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), Фамилия, имя, отчество (при**	**Туған күні Дата рождения**	**Ауылдық округтің, елді мекеннің, участкенің атауы Наименование сельского округа,**	**Үй мекен-жайы Домашний адрес**	**Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымының атауы Место работы, учебы, наимен**	**Кенелердің шабуыл жасау аумағы, орны ((ашық аумақта, мал үй-жайында, жайылымда, аула аумағында)) Территория, место нападения клеще**	**денедегі кенені табу және оны алу күні дата обнаружения клеща**	**кенені зертханаға жеткізу және кенені зерттеу күні доставка клеща в лабора**	**Тексеру нәтижесі Результат Обследования**	**кенелердің түрлері, жынысы Видовая и половая принадлежнос**	**Орындаушының қолы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), Фамилия,имя, отчество (при его**

	укуса клеща в ЛПУ	его наличии),		населенного пункта, участка		ование детской организации	й (на открытой территории, скотное помещение, пастбище, на территории двора)	на теле и его снятия	тарию и дата исследования клеща		ть клещей	наличии), должность исполнителя
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
168-қосымша

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

Приложение 168
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 168/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 168/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ года №_____

Тамақ өнімдерінің үлгісін тіркеу және (жоғары дәлдіктегі жабдықта) зерттеу нәтижелерін беру журналы

Журнал регистрации образца и выдачи результатов исследований пищевых продуктов (на высокоточном оборудовании)

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 толтырылған күні (Дата составления протокола)	Сынама алу орны, ұйымның мекенжайы және атауы (Место отбора, адрес и наименование организации)	Үлгінің атауы Наименование образца	Физикалық-химиялық көрсеткіштер (Физико-химические показатели)	Анықталған шоғырлану (Обнаруженная концентрация)	Өнімнің НҚ бойынша нормасы (Норма по НД на продукт)	Анықтау әдісіне арналған НҚ (НД на метод определения)	Зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О (при его наличии), подпись лица проводившего исследование)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
169-қосымша

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

Приложение 169
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**___ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 169/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 169/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года № _____

Дайын тағамдардың үлгілерін және рациондардың құнарлылығын зерттеу 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**		**Үлгі алынған объектінің атауы (Наименование объекта, где взят образец)**	**Тағамдардың атауы (Наименование блюд)**	**Порция салмағы (Вес порции)**		**Салмағы Вес**		
	Дайындалған (Выработки)	Түскен (Поступление)			Салынуы бойынша (По раскладке)	Іс жүзінде (Фактически)	Тығыз бөлігі (Плотной части)	Ет, балық (Мясо, рыба)	Гарнир (Гарнира)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Химиялық құрамы (грамм) (Химический состав) (грамм)											
Құрғақ заттар (Сухие вещества)			Ақуыздар және көмірсулар (Белки и углеводы)			Бөлек (Раздельно)					
						Ақуыздар (Белки)			Көмірсулар (Углеводы)		
Тарату мәзірі бойынша (По меню раскладке)	Ең аз рұқсат етілген (Минимально допустимые)	Іс жүзінде (Фактически)	Тарату мәзірі бойынша (По меню раскладке)	Ең аз рұқсат етілген (Минимально допустимые)	Іс жүзінде (Фактически)	Тарату мәзірі бойынша (По меню раскладке)	Ең аз рұқсат етілген (Минимально допустимые)	Іс жүзінде (Фактически)	Тарату мәзірі бойынша (По меню раскладке)	Ең аз рұқсат етілген (Минимально допустимые)	Іс жүзінде (Фактически)
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Майлар (Жиры)			**Құнарлылығы (Калорийность)**			**Ауытқулар (%) (Отклонение (%))**				**Құрамындағы С витамині (Содержание витамина С)**	**Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)**	**Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) проводившего исследования)**
Тарату мәзірі бойынша (По меню раскладке)	Ең аз рұқсат етілген (Минимально допустимые)	Іс жүзінде (Фактически)	Теориялық (Теоретически)	Ең аз рұқсат етілген (Минимально допустимые)	Іс жүзінде (Фактически)	Ақуыздар (Белки)	Майлар (Жиры)	Көмірсулар (Углеводы)	Құнарлылығы (Калорийность)			
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
170-қосымша

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

Приложение 170
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ №_____бұйрығымен бекітілген № 170/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы		Медицинская документация Форма № 170/у

мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ _____года №_____

Жер үсті су объектілері суының және сарқынды сулардың 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 жоғалу шегі Порог исчезновения при разведении		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Түсінің жоғалу шегі (араластырғанда) Порог исчезновения цвета (при разведении)	**Лай, тұнба (сипаттау) Муть, осадок (описать)**	**Лайлылығы Мутность мг/л**	**Мөлдірлігі, см Прозрачность в см**	**Қалқып жүрген қоспалар Плавающие примеси**	**Қалқымалы заттар мг/дм3 Взвешенные вещества**	**pH**	**Ерітілген оттегі мг/дм3 Растворенный кислород мг/дм3**	**ОБТ БПК – 5 мгО2/дм3**	**ОБТ БПК – 20 мгО2/дм3**	**Перманганаттытотығушылық мг/л Окисляемость перманганатная мг/л**	**ХПК мг О2/дм3**	**Жалпы қаттылық мг-экв./л (Общая жесткость)**
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Жалпы минерал дау (құрғақ қалдық) (Общая минерализация (сухой остаток)), мг/л	Темір, мг/л (Железо)	Хлоридтер, мг/л (Хлориды)	Сульфаттар, мг/л (Сульфаты)	Мұнай өнімдері, мг/л (Нефтепродукты)	Азот			Хром, мг/л		Фтор
					Аммиака, мг/л	Нитриттердің (нитритов), мг/л	Нитраттардың (Нитратов), мг/л	Cr3+	Cr6+	
25	27	28	29	30	31	32	33	35	36	37

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Марганец, мг/л	ББЗ, мг/л (ПАВ)	Алюминий, мг/л	Бор, мг/л	Молибден, мг/л	Полифосфат, мг/л	Фенол, мг/л	Кремний диоксид, мг/л	Формальдегид, мг/л	Басқа заттар (Другие вещества)	Зерттеулер саны/ Количество исследований	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) проводившего исследования
38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
171-қосымша

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

Приложение 171
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 171/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 171/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ 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)	Үлгі түскен күн (Дата поступления образца)	Үлгі алынған орын (Место отбора образца)	Мекенжай (Адрес)	Иісі, баллмен (Запах в баллах)		20оС-тағы дәмі, баллмен (Привкус в баллах при 20оС)	Түстілігі, градуспен (Цветность в градусах)	Стандартты шкала бойынша лайлылығы мг/дм3 (Мутность по стандартной шкале, мг/дм3)	pH
				20оС	60оС				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Қалдық хлор мг/л (Остаточный хлор, мг/л)		**Қалдық озон мг/л (Остаточный озон, мг/л)**	**Тотығу мгО2/л (Окисляемость, мгО2/л)**	**Аммиак азоты мг/л (Азот аммиака, мг/л)**	**Нитриттер азоты мг/л (Азот нитритов, мг/л)**	**Нитраттар азоты мг/л (Азот нитратов, мг/л)**	**Жалпы кермектік моль/ л (Общая жесткость, моль/ л)**	**Құрғақ қалдық мг/л (Сухой остаток, мг/л)**	**Хлоридтер мг/л (Хлориды, мг/г)**
Бос (Свободный)	Байланысқан (Связанный)								

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Сульфаттар мг/л (Сульфаты, мг/л)	Темір мг/л (Железо, мг/л)	Мыс мг/л (Медь, мг/л)	Кадмий, мг/л	Мырыш мг/л (Цинк, мг/л)	Қорғасын мг/л (Свинец, мг/л)	Күшән мг/л (Мышьяк, мг/л)	Сынап мг/л (Ртуть, мг/л)	Фторидтер мг/л (Фториды, мг/л)	Молибден, мг/л	Берилий (Be 2+), мг/л	Қалдық алюминий мг/л (Остаточный алюминий, мг/л)
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32

Кестенің жалғасы(Продолжение таблицы)

Марганец, мг/л	Полифосфаттар мг/л (Полифосфаты, мг/л)	Бор (B), мг/л	Селен (Se), мг/л	Хром (Cr 6+), мг/л	Хром (Cr 3+), мг/л	Никель (Ni), мг/л	Мұнай өнімдері (Нефтепродукты)	Полиакриламид, мг/л	Фенол, мг/л	Формальдегид, мг/л	Стронций, мг/л	Сүрме (Сурьма), мг/л
33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Бен(а)пирен, мг/л	Цианид, мг/л	Калий, мг/л	Натрий, мг/л	Барий, мг/л	Кальций, мг/л	Магний, мг/л	Гидрокарбонаттар (Гидрокарбонаты)	Сілтілік (Щелочность)	СБАЗ (СПАВ)
46	47	48	49	50	51	52	53	54	55

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Жергілікті жағдайларға тән ерекше заттар, мг/л Специфические вещества, характерные для местных условий	Үлгіде жүргізілген зерттеулер саны (Количество исследований, проведенных в образце)	Зерттеу нәтижелері берілген күн (Дата выдачи результатов исследований)	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование)
56	57	58	59

Ескертпе (Примечание):

1) үлгіге зерттеудің барлық түрлері тіркелетін бірыңғай зертханалық нөмір беріледі (образцу придается единый лабораторный номер, под которым регистрируются все виды исследования);

2) су құбырларының тарату желісінің, орталықтандырылған немесе орталықтандырылмаған сумен жабдықтау көздерінің ауыз суын зерттеу көлемі үлкен

болғанда жеке журналдар жүргізуге жол беріледі (при большом объеме исследований питьевой воды из разводящей сети водопроводов, источников централизованного и децентрализованного водоснабжения допускается ведение самостоятельных журналов)

Жерүсті су объектілерінің су үлгісін зерттеу көлемі үлкен болғанда жеке журнал жүргізуге жол беріледі. (При большом объеме исследований образца воды поверхностных водных объектов допускается ведение самостоятельного журнала.)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
172-қосымша

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

Приложение 172
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 172/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 172/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____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	**Күні Дата**		**Үлгі алынған орын,мекен-жайы**	**Анықталатын көрсеткіштердің атауы Наименование определяемыхпоказателей**	

Регистрационный номер образца	Үлгі алынған Отбора образца	Зертханаға жеткізу Доставки влабораторию	**Место отбораобразца, адрес**	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					
Сынап мг/кг	Мұнай өнімдерімг/кг Нефте-	Синтетикалық үстіңгі белсенді заттар (СБАЗ)мг/кг Синтетические поверхнос	Осы өңірге тән көрсеткіштер Показатели характерные для данного региона		Зертteужүргізгенадамның қолы, Т.А.Ә. (олболғанжағдайда) Ф.И.О. (при

Ртуть	продукты	тно-активные вещества (СПАВ)								Ескертпе Примечание	его 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
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
173-қосымша

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

Приложение 173
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 173/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 173/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Елді мекендердің атмосфералық ауа үлгілерін алуды және зерттеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации отбора и исследования образца атмосферного воздуха населенных мест

Басталуы (Начат) "___"_____20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20 ж. (г.)

				Метеорологиялық жағдайлар Метеорологические условия				**Ластану көзі және ластану көзінен**	
					Ауаның температурасы		Жел		

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Үлгі алынған күн Дата отбора	Үлгі алынған уақыт Время отбора	Елді-мекеннің атауы Наименование населенного пункта	Атмосфералық қысым Атмосферное давление	Температура воздуха		Салыстырмалы ылғалдылығы Относительная влажность	Ветер		Үлгі алу орны және арасындағы қашықтық Источник загрязнения и расстояние от источника загрязнения и место отбора	Анықталатын заттар Определяемые вещества
					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 концентрация мг/м3	Шекті рұқсат етілген концентрация (ШРК), Ең жоғарғы бір реттік мг/м3 Предельно-допустимая концентрация (ПДК), максимально-разовая мг/м3	Анықталған орташа тәуліктік концентрация мг/м3 Обнаруженная средне-суточная концентрация мг/м3	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 которой проводилось исследование	Зерттеу нәтижелері берілген күн Дата выдачи результатов исследований	зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы Ф.И.О. (при его наличии), подпись проводившего исследование
				Басталуы Начало	Аяқталуы Конец	Аспирация жылдамдығы, л/минутпен Скорость аспирации, в л/мин			
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.

Приложение 174
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2026 года
№ _____

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

Приложение 174
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 174/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 174/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Жабық үй-жайлардың және жұмыс аймағының ауа 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	**Нөмірлері (Номера)**			**Тексерілетін объектінің атауы (**	**Метеорологиялық жағдайлар (Метеорологические условия)**				**Арақашықтық м, см (Расстояние в м, см)**		**Үлгі алу уақыты (Время отбора образца)**	
	Сіңіргіштер	Эскиз бойынша			Атмосфералық	Ауаның қозғалу	Ауаның температурасы	Салыс		Лас		

(Регистрационный номер)	дің, сүзгілердің (Поглотителей, фильтров)	алу нүктелерінің (Точек отбора по эскизу)	**Алу күні (Дата отбора)**	**Наименование обследуемого объекта)**	қысым (Атмосферное давление)	жылдамдығы (Скорость движения воздуха)	(Температура воздуха)		тырмалылық (Относительная влажность	Еденнен (От Пола)	тану көзінен (От источника загрязнения)	Басталуы (Начало)	Аяқталуы (Окончание)
							Құрғақ (Сухого)	Ылғалды Влажного					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Аспирация жылдамдығы л/минутпен (Скорость аспирации л/мин)	**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. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись проводившего исследование)**
		Анықталған шоғырлану (Обнаруженная концентрация)	РЕШШ, ӘБҚД және басқалары (ПДК, ОБУВ и другие)		
15	16	17	18	19	20

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
175-қосымша

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

Приложение 175
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____№____ бұйрығымен бекітілген №175/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық		

саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 175/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Дезинфекциялау құралдарының үлгілерін және оларды зерттеу нәтижелерін (әсер ететін заттың болуы) беруді тіркеу журналы
Журнал регистрации образцов и выдачи результатов исследований дезинфицирующих средств (содержание действующего вещества)

Басталуы (Начат) "___"_____20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	**Күні және уақыты Дата и время**		**Үлгінің атауы, Үлгінің шығарылуы Саны, көлемі Наименование образца, Концентрация образца Количество, объем**	**Үлгіні алған орын / Место отбора образца**	**Зерттеу мақсаты/ Цель исследования**	**Үлгіні НҚ-ға сәйкестігін зерттеу / Исследование образца на соответствие НД**		**Заттардың агрегаттық күйі / Агрегатное состояние веществ**	**Зерттеу барысы Ход исследования**				**Зерттеу нәтижесі/ Результаты исследования**	**Зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда), Ф.И.О. (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование**
	Үлгі алу Отбор образца	Зертханаға түсу Поступления в лабораторию					Бақылау штамдарының атауы / Наименование контрольных штаммов		Нақты шығарылу / Фактическая концентрация	Әсер етуші заттың құрамы / Содержание действующего вещества	Экспозициясы/ Экспозиция	Нормаланатын көрсеткіш/ Нормируемый показатель		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
176-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
176- қосымша
Приложение 176
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____№____ бұйрығымен бекітілген №176/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 176/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Токсикологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации токсикологических исследований

Басталуы (Начат) "___"_____20 ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20 ж. (г.)

Тіреу нөмірі Регистрационный номер	**Заттың атауы, оның құрамы, үлгінің алынған орны Наименование вещества, его состав, место отбора**	**Зерттелінетін мөлшер (концентрация) Исследуемая доза (концентрация)**	**Жануарлардың сипаттамасы Характеристика животных**				**Зерттеудің басталуы Начало исследования**	**Зерттеу барысы Ход исследования**	**Зерттеудің аяқталуы Окончание исследования**	**Зерттеу жүргізген адамның қолы Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), Ф.И.О. (при его наличии), подпись проводившего исследование**
			Түрі Вид	Салмағы Вес	Топтық белгі Групповая метка	Жеке белгі Индивидуальная метка				

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
177-қосымша

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

Приложение 177
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____№____ бұйрығымен бекітілген №177/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 177/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Азық-түлік емес өнімдер мен шикізат үлгісін зерттеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации исследования образца непродовольственной продукции и сырья

Басталуы (Начат) "___" _____20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____20___ ж. (г.)

Үлгіге токсикологиялық зерттеулер тіркелетін реттік бірыңғай зертханалық (тіркеу) нөмірі беріледі (Образцу придается порядковый единый лабораторный (регистрационный) номер, под которым регистрируются токсикологические исследования)

	Күні (Дата)		**Үлгіні алу орны, ұйымның атауы, оның**		**Зерттеу негізге а**	**Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)**				**Зерттеу нәтижелерін алғ**

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Талдаудың басталуы (Начало анализа)	Талдаудың аяқталуы (Окончания анализа)	**ведомстволық тиесілігі (Место отбора, наименование организации, его ведомственная принадлежность)**	**Бұйымның атауы (Наименование изделия)**	**лынып жүргізілген НҚ (НД в соответствии с которой проводилось исследование)**	Көрсеткіш атауы (Наименование показателя)	Анықталған шоғырландыру (Обнаруженная концентрация)	Рұқсат етілген шоғырлану (Допустимая концентрация)	**Зерттеу жүргізген адамның қолы (Подпись лица, проводившего исследование)**	**ан адамның қолы Подпись лица, получившего результаты исследования**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
178-қосымша

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

Приложение 178
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ___ жылғы "___" _____№_____ бұйрығымен бекітілген №178/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 178/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Тамақ өнімдерінің және қоршаған орта объектілерінің үлгілерін пестицидтердің, пестицидтердің әсер етуші заттарының және минералдық тыңайтқыштардың қалдық

мөлшеріне зерттеу нәтижелерін тіркеу және 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 (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество(при его наличии), подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
179-қосымша

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

Приложение 179
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма

А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____№____ бұйрығымен бекітілген №179/енысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 179/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____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 для измерения)	Табиғи жарықтандыруды өлшеу нәтижелері (Результаты измерений естественной освещенности)					
				Жоғарыжақтан жарықтандыру кезінде (При верхнем освещении)	Бүйірден жарықтандыру кезінде (При боковом освещении)	Сыртқы жарықтандыру (Наружная освещенность)	ТЖК орташа мәні (КЕО среднее значение)	Сыртқы жарықтандыру (Наружная освещенность)	ТЖК орташа мәні (КЕО среднее значение)
				Өлшенген ТЖК (КЕО измеренное)	Норма бойынша рұқсат етілген. (Допустимая по нормам)	Өлшенген ТЖК (КЕО измеренное)	Норма бойынша рұқсат етілген. (Допустимая по нормам)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Жасанды жарықтандыруды өлшеу нәтижелері (Результаты измерения искусственной освещенности)		Біріккен жарықтандыру кезіндегі (При совмещенном освещении)	Нормалар бойынша рұқсат етілген (Допустимая по нормы)	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О (при его наличии), подпись лица проводившего исследование)
Люкспен жарықтандыру (Освещенность в люксах)	Нормалар бойынша рұқсат етілген, лк (Допустимая по нормам, лк)	Люкспен жарықтандыру, лк (Освещенность в люксах)		
11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
180-қосымша

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

Приложение 180
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____№____ бұйрығымен бекітілген №180/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 180/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Шуды, дыбыс оқшауланuын, 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. (ол болған жағдайда) және қолы Ф.И.О. (при его 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
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
181-қосымша

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

Приложение 181
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ___ жылғы "___" _____№___

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		__ бұйрығымен бекітілген №181/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 181/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ____года №_____

Электрмагниттік өрісті (ЭМӨ), инфрақызыл, ультракүлгін және лазерлік сәулеленуді өлшеуді тіркеу журналы

Журнал регистрации измерений электромагнитного поля (ЭМП), инфракрасного, ультрафиолетового и лазерного излучений

Басталуы (Начат) "__"_____20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20 ж. (г.)

					ЭМӨ кернеулілігі Напряженность ЭМП			Қарқындылық: инфрақызыл; ультракүлгін; лазерлік сәулелену; өндірістік жиіліктің ЭМӨ кернеулігі (50Гц) Интенсивность: инфракрасного; ультрафиолетового; лазерного излучения; напряженность ЭМП промышленно			
					Электрлік құраушысы бойынша, кВ/м,В/м (По электрической составляющей, кВ/м, В/м)	Магниттік құраушысы бойынша А/м, мкТл (По магнитной составляющей А /м, мкТл)	Электростатикалық өріс кВ/м, Электростатическое				
Тіркеу нөмірі (Регистр	Күні (Дата)	Объектінің атауы (Наименование	Цех, бөлім (Цех, отдел)	Жұмыс орындарының саны (Количество					Энергия ағысының тығыздығы Вт/м2, МкВт/см 2 Плотно	Қолданылған құралдардың атауы Наименование использ	Өлшеу жүргізген мамандардың тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда). Фамилия, имя, отчество (при

ационны й номер)		объека)		рабочи х мест)			поле кВ /м	й частоты 50Гц) Вт/м2, Дж/м2,, кВ/м	с т ь потока энергии Вт/м2, МкВт/ см 2	ованны х прибор ов	е г о наличи и) специа листов, провод ивших измере ние
					Өлшенг ен саны /РЕШД, Измере нное количес тво/ ПДУ	Өлшенг ен саны /РЕШД, Измере нное количес тво / ПДУ	Өлшене г е н саны/ РЕШД, Измере нное количес тво/ ПДУ	Өлшенг ен саны /РЕШД, Измере нное количес тво / ПДУ	Өлшенг ен саны /РЕШД, Измере нное количес тво / ПДУ		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
182-қосымша

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

Приложение 182
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ___ жылғы "___" _____№___

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		__ бұйрығымен бекітілген №182/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 182у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ____года №_____

Радиоактивтілікті зерттеуге түсетін үлгілерді және оларды зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы

Журнал регистрации образцов, поступающих на исследование радиоактивности и результатов их исследования

Басталды (Начато) "____" _____20___ж (г)

Аяқталды (Окончено) "____" _____20___ж (г)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Түскен күні (Дата поступления)	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Алынған орны мен уақыты (Место и время отбора)	Үлгінің көлемі (салмағы) (Объем (вес) образца)	Қаптаманың сипаттамасы (Характеристика упаковки)	Зерттеу мақсаты (Цель исследования)	Үлгіні қабылдаған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) принявшего образца)
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы

(Продолжение таблицы)

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)									Дәрігер-зертханашының Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) врача-лаборанта)
Жиынтық альфа-белсенділік (Суммарная альфа-активность)	Жиынтық 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
2026 жылғы " " _____

№ ___ бұйрығына
183-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
183- қосымша
Приложение 183
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____№____ бұйрығымен бекітілген № 183/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 183/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Радиометриялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации радиометрических исследований

Басталды (Начато) "____"_____20___ж (г)
Аяқталды (Окончено) "____" _____20___ж (г)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Тіркеу журналы бойынша нөмірі (Номер по журналу регистрации)	Талдау жүргізілген күн (Дата проведения анализа)	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Зерттелген үлгінің массасы (көлемі), (кг, л) (Масса (объем) исследованной образца (кг, л))	Есептік үлгінің массасы (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)								
Альфа – каналы бойынша фонның есебі (Счет фона по альфа – каналу)	Бета-каналы бойынша фонның есебі (Счет фона по бета-каналу)	Альфа – каналы бойынша фонын алып тастағанда үлгінің есебі (Счет образца с вычетом фона по альфа каналу)	Бета – каналы бойынша фонын алып тастағанда үлгінің есебі (Счет образца с вычетом фона по бета-каналу)	**Коэффициент Eff a**	**Коэффициент Eff в**	**Коэффициент Ktr**	**Альфа – активтілік Альфа - активность**	**Бета- активтілік Бета-активность**
8	9	10	11	12	13	14	15	16

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
184-қосымша

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

Приложение 184
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ___ жылғы "___" _____№_____ бұйрығымен бекітілген №184/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 184/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Радиохимиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации радиохимических исследований

Басталды (Начато) "____" _____20___ж (г)
Аяқталды (Окончено) "____" _____20___ж (г)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Талдау жүргізілген күн (Дата проведения анализов)		Үлгінің атауы (Наименование образца)	Зерттелетін көрсеткіштердің тізбесі (Перечень исследуемых показателей)	Анықтау әдісіне НҚ (НД на метод определения)	Зерттелетін үлгінің салмағы (Вес исследуемой образца)	Төсеніш салмағы (Вес подложки)	Тасушының шығуы (в) (Выход носителя (в))	Ыдырауға байланысты түзету (Поправка на распад)	Қондырғының сезгіштігі (Чувствительность установки)	Фонмен бірге үлгіні есептеу жылдамдығы (Скорость счета пробы с фоном)	Фонды есептеу жылдамдығы (Скорость счета фона)	Үлгінің белсенділігі (Активность пробы)	НҚ бойынша норматив (Норматив по НД)
	Басталуы (Начало)	Аяқталуы (Конец)												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
185-қосымша

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

Приложение 185
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____№____ бұйрығымен бекітілген № 185/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық		Медицинская документация Форма № 185/у

саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Радиациялық бақылауды 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)**	**Жергілікті жердің табиғи гамма-фонның ЕТТД-сы (мкЗв/сағ) (МЭД естественного гамма-фона местности(мкЗв/ч))**	**Дозаның өлшенген куаты (мкЗв/час, н/сек) (Измеренная мощность дозы (мкЗв/час, н/сек)) Еденнен (жерден) биіктікте (На высоте от пола (грунта))**		
					1,5м	1м	0,1м
1	2	3	4	5	6	7	8
ЕТТД 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 өлшеулерінің жалпы саны (Общее количество замеров радона)		Маманның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) және қолы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и подпись специалиста)			

9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
186-қосымша

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

Приложение 186
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____№____ бұйрығымен бекітілген №186/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма №186/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Жергілікті жердің гамма-фонын 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
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
187-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
187- қосымша
Приложение 187
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген № 187/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма №187/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Адамдардан алынған материал үлгілерін тіркеу журналы
Журнал регистрации образцов материала от людей

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 (Регистра	**Күні, уақыты (Дата, время)**		**Үлгіні жіберген ұйым (Организация,**	**Үлгінің атауы (Наимен**	**Тексеріле тін адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (**	**Жасы (Возраст)**	**Тұрғылықты мекенжайы**	**Жұмыс орны, лауазымы (Место работы,**	**Диагноз, тексеріп қарау еселігі (Диагноз, кратнос**	**Зерттеу мақсаты**
	Үлгілер алу	Зертханаға түсу (Поступления в								

ционный номер)	(Отбора образца)	лаборатор ию)	**направи вшая образец)**	**ование образца)**	**при его наличии) обследуемого)**		**(Адрес проживания)**	**должность)**	**т ь обследования)**	**(Цель исследования)**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Ауырған күні Д а т а заболевания	**Күні дата**			**Зерттеу нәтижесі Результат исследования**	**Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы Фамилия имя отчество (при его наличии), должность лица, проводившего исследование**
	Зерттеудің басталған Начала исследования	Зерттеудің аяқталған Окончания исследования	Нәтижелердің берілген Выдачи результатов		
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
188-қосымша

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

Приложение 188
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 188/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы		Медицинская документация Форма №188/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Казахстан от "____" _____ 20_ _____года №_____

Ішек инфекциялары тобын 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)**		**Байыту ортасынан себінді алу (Высев со среды обогащения)**	**(Микроскопия)**		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы
(Продолжение таблицы)

Сәйкестендіруге арналған тесттер (Тесты для идентификации)												
Лактоза	Глюкоза	Күкірт сутек (Сероводород)	Уреаза	Индол	Қозғалғыштығы (Подвижность)	Маннит	Сахароза	Симонс цитраты (Цитрат Симонса)	Кристенс цитраты (Цитрат Кристенса)	Ацетат	Фенилаланин	Лизин
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Кестенің жалғасы
(Продолжение таблицы)

Глицерин	Малонат	Дульцит	Сорбит	Арабиноза	Ксилоза	Рамноза	Рафиноза	Трегалоза	Мальтоза	Штерн сорпасы	Жалған агар
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34

Кестенің жалғасы
(Продолжение таблицы)

Сәйкестендіруге арналған тесттер					**Зерттеудің ая**

(Тесты для идентификации)												
Фогес-Проскауэр реакциясы (Реакция Фогес-Проскауэра)	Метил қызылымен реакция (Реакция с метиловым красным)	Нитраттардың қалпына келуі (Востановление нитратов)	Аргинин	Орнитин	Инозит	Адонит	Несепнәр	**Антигенді құрылым/ Антигенная структура**	ФАГ	Агглютинация реакциясы (Реакция агглютинации)	**Зерттеу нәтижесі/ Результат исследования**	**қталған күні, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Дата окончания исследования Ф.И.О (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование)**
35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
189-қосымша

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

Приложение 189
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____**

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген №189/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 189/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Стафилококка 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 (Дата проведения исследования)	**Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)**	**Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)**	**Жасы (Возраст)**	**Жұмыс орны, үй мекенжайы (Место работы, домашний адрес)**	**Үлгіні жіберген ұйым (Организация направившая образец)**	**Тығыз қоректену ортасында өсуі (Рост наплотных питательных средах)**		**Микроскопия**
						КА	ЖСА	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы
(Продолжение таблицы)

Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)									**Зерттеу аяқталған күн, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (**

Гемолиз	Лецитиназа	Каталаза	Пигмент	Плазмокоагулаза	Глицерин	Маннит	Үлпектің түзілуі (Хлопье образование)	**Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)**	**ол болған жағдайда), қолы (Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись проводившего исследование)**
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
190-қосымша

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

Приложение 190
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____№___ бұйрығымен бекітілген** **№ 190/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере		Медицинская документация Форма № 190/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Казахстан от "____" _____ 20_ _____года №_____

Дифтерияға микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований на дифтерию

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)	Реттік нөмірі (Порядковый номер)	Тіркеу нөмірі (Регистрационныйт номер)	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), обследуемого)	Жасы (Возраст)	Жұмыс орны, үй мекенжайы (Место работы, домашний адрес)	Үлгіні жіберген ұйым (Организация, направившая образец)	Диагноз
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы
(Продолжение таблицы)

Қоректену ортасы, өсу сипаты (Питательная среда, характер роста)							Токсигендік қасиеттер Токсигенные свойства				Зертеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы және қолы (Фамилия, имя, отчество (при его
							24 сағаттан кейін Элек тесті (Тест Элека через	48 сағаттан кейін Элек тесті (Тест Элека через	ПТР әдісі		

	Микроскопен зерттеу (Микроскопия)	**Глюкоза**	**Сахароза**	**Крахмал**	**Уреаза**	**Цистиназа**	2 4 часов)	4 8 часов)	(Метод ПЦР)	**Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)**	**наличи и), должность и подпись лица, провод ившего исследование)**
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
191-қосымша

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

Приложение 191
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 191/е нысанды медициналық құжаттама**

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 191/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ _____ 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
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
192-қосымша

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

Приложение 192
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 192/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы		Медицинская документация Форма № 192/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Көкжөтел мен көкжөтелге ұқсас ауруларды микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований на коклюш и паракоклюш

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)	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), обследуемого)	Жасы (Возраст)	Жұмыс немесе оқу орны, үйінің мекенжайы (Место работы или учебы, домашний адрес)	Дифференциялық орталарда өсуі (Рост на дифференциальных средах)		
					72 сағ (ч)	96 сағ (ч)	120 сағ (ч)
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы
(Продолжение таблицы)

							Материалды жіберг					Зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдай

Микроскоппен зерттеу (Микроскопия)	Уреаза	Қарапайым агардағы өсуі (Рост на простом Агаре)	Тиразинді ЕПА-да өсуі (Рост на МПА с Тиразином)	Қозғалғыштығы (Подвижность)	Цитратты кәдеге жарату (Утилизация цитрата)	ПТР әдісі (ПЦР метод)	ен ұйым (Организация, направившая материал)	Диагнозы	Пигмент	Маннит	Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)	да) және қолы (Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при его наличии) и подпись проводившего исследование)
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
193-қосымша

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

Приложение 193
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____** **№___ бұйрығымен бекітілген № 193/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық		

саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 193/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ года №_____

Менингококкқа микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований на менингококк

Басталуы (Начат) "___"_____ 20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "____"_____ 20____ж. (г.)
Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НҚ)
(Используемая нормативная документация (далее - НД)):
1._____
_____

Күні (Дата)	**Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)**	**Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), жасы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), возраст обследуемого)**	**Жұмыс орны, үйінің мекенжайы (Место работы, домашний адрес)**	**Үлгіні жіберген ұйым (Организация, направившая образец)**	**Жиілігі (Кратность)**	**Диагноз**	**Колониялар морфологиясы (Морфология колоний)**	**Микроскопия**	**Капсуланың болуы (Наличие капсулы)**	**Оксидаза**	**Каталаза**	**Сәйкестендіруге арналған тесттер (Тесты для идентификации)**	
												37оС-та сарысулы агарда (Сывороточном агаре при 37оС)	22оС-та сарысулы агарда (Сывороточном агаре при 20-22оС)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Сәйкестендіруге арналған тесттер													

(Тесты для идентификации)											
37оС-та сарысусыз агарда (Бессывороточном агаре при 37оС)	37оС-та 0,2% өтті сарысу агарында (0,2% желчном агаре сывороточном при 37оС)	5% -ды сахароза ерітіндісі бар агарда полисахаридтің түзілуі (Образование полисахарида на агаре с 5 % раствором сахарозы)	Глюкозаның (Глюкоза)	Лактозаның (Лактоза)	Мальтозаның (Мальтоза)	1 % сахарозаның (1% сахароза)	Фруктозаның (Фруктоза)	Шыныдағы агглютинация (Агглютинация на стекле)	Серологиялық типтеу (Серотипирование)	Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)	Зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы және қолы (Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность и подпись лица, проводившего исследование)
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
194-қосымша

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

Приложение 194

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 194/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 194/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Тамақ өнімдерінің үлгілерін 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._____
_____

Сынамалар нөмірі (Номера проб)	**Тіркеу нөмірі (Регистрац**	**Күні, уақыты (Дата, время)**			**Үлгінің атауы, алынған орны, алған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Наименование образца,**	**МАШАнМС (КМАФАнМ)**		
		Алу (Отбора)	Зертханаға түсу (Поступления в	Зерттеудің басталған күні		Себілетін көлемдер	Өскен колонияларсаны (Количеств	Жалпы тұқымдалу

	ионный номер)		лаборатор ию)	(Начало исследова ния)	**место отбора Ф.И.О (при его наличии) отобравше го образец)**	(Засеваемы е объемы)	о выросших колоний)	(Общая обсеменен ность)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы
(Продолжение таблицы)

Ішек таяқшалары тобындағы бактериялар (ІТТБ) және E.coli (Бактерии группы кишечных палочек (БГКП) и E.coli)						
Себілетін көлем (Засеваемый объем)	Жинақтау ортасында өсуі (Рост на средах накопления)	Э н д о ортасында өсуі (Рост на среде Эндо)	Микроскопия	Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)		
				Оксидаза	Глюкоза	Симонса
10	11	12	13	14	15	16

Кестенің жалғасы
(Продолжение таблицы)

Патогенді энтеробактерияларға, оның ішінде сальмонеллаларға зерттеу (Исследование на патогенные энтеробактерии, в том числе сальмонеллы)											
Жинақта у орталарындағы себілетін көлем (Засеваемый объем на среды накопления)	Тығыз орталарда өсуі (Рост на плотных средах)	Микроскопия	Оксидаза	Лактоза	Глюкоза	Күкіртсутек (Сероводород)	Уреаза	Қозғалғыштығы (Подвижность)	Индол	Цитратты кәдеге жарату (Утилизация цитрата)	Лизин декарбоксилаза
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28

Кестенің жалғасы
(Продолжение таблицы)

		Стафлакококка зерттеу (Исследование на стафилококк)											
		Тікелей себу/ Прямой посев		Байыту ортасынан қайта себу/ Ввысев со среды обогощения				Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)					
										Маннит			Термотұрақты

ФАГ	Агглютинация	Себу көлемі / Засеваемый объем	Тән колониялар саны/ количество характерных колоний	Себу көлемі / Засеваемый объем	Тығыз қоректенуор тасында өсуі / Рост на плотных средах	Микроскопия	Плазмокоагуляция	Лецитиназа	РПК	Аэробты жағдайларда (В аэробных условиях)	Анаэробты жағдайларда (В анаэробных условиях)	Глицерин	нуклеаза (Термостабильная нуклеаза)
29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42

Кестенің жалғасы
(Продолжение таблицы)

Зерттеу: (Исследование на:)			
Enterobacter-sakazakii	Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)	Анаэробтар / (Анаэробы)	Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)
43	44	45	46

Кестенің жалғасы
(Продолжение таблицы)

Зерттеу: (Исследование на:)									
Proteus	Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)	Ашытқы, зең (Дрожжи, плесень)	Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)	Сульфит редуциялаушы клостридиялар (Сульфитредуцирующие клостридии)	Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)	V.parahaemolyticus	Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)	Споралық аэробтар (Споровые аэробы)	Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)
47	48	49	50	51	52	53	54	55	56

Кестенің жалғасы
(Продолжение таблицы)

Зерттеу: (Исследование на:)							
Enterococcus	Сәйкестендіру тесттері	Сүт қышқылды микроорганизмдері	Сәйкестендіру тесттері	L.monocytogenes	Сәйкестендіру тесттері	Зерттеу нәтижесі	Зерттеу аяқталған күн, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы. (Дата окончания исследован

	(Тесты идентификации)	(Молочно-кислые микроорганизмы)	(Тесты идентификации)		(Тесты идентификации)	(Результат исследования)	ия,фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование)
57	58	59	60	61	62	63	64

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
195-қосымша

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

Приложение 195
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "__" _____ №____бұйрығымен бекітілген № 195/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 195/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Су үлгілерінің микробиологиялық зерттеулерін 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 (Цель исследования)	МЖС (микробтардың жалпы саны) (ОМЧ (общее микробное число))	
		Алу (Отбора)	Зертханаға түсу (Поступления в лабораторию)	Зерттеудің басталуы (Начало исследования)			Себілетін көлем (Засеваемый объем)	Өскен колониялар саны (Количество выросших колонии)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Колиформды бактерияларға зерттеу (Исследования на колиформные бактерии)							Коли-фагтар (Коли-фаги)				Сульфит редуциялаушы клостридиялар (Сульфитредуци-рующие клостридии)		Микроскопия
Себілетін көлем (Засеваемый объем)	ЛПС-да өсуі (Рост на ЛПС)	Эндо ортасында өсу (Рост на среде Эндо)	Микроскопия	Оксидазалы тест (Оксидазный тест)	37-С кезіндегі лактоза (Лактоза при 37-С)	44С кезіндегі лактоза (Лактоза при 44С)	Тікелей себу (Прямой посев)	ТТБЖБ мөлшері (Количество БОЕ)	Байыту ортасында себу көлемі (Засеваемый объем в среде обогащения)	ТТБ –ның болуы (Наличие БОЕ)	Себілетін көлем (Засеваемый объем)	Вильсон-Блер ортасында өсу (Рост на среде Вильсон-Блер)	
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

Кестенің жалғасы

(Продолжение таблицы)

Стафилококкқа зерттеу: (Исследование на стафилококк)				**Ps.aeruginosa зерттеу (Исследования на Ps.aeruginosa)**			
Себілетін көлем (Засеваемый объем	Тығыз ортада өсу (Рост на плотных средах)	Микроскопия	Коагуляция плазмасы Плазма коагуляция	Себілетін көлем (Засеваемый объем)	Тығыз орталарда өсу (Рост на плотных средах	Микроскопия	Оксидазалы тест (Оксидазный тест
24	25	26	27	28	29	30	31

Кестенің жалғасы

(Продолжение таблицы)

Патогенді энтеробактерияларға зерттеу (Исследование на патогенные энтеробактерии)									
Себілетін көлемдер (Засеваемый объем)	Тығыз орталарда өсу (Рост на плотных средах)	Микроскопия	Оксидаза	Лактоза	Глюкоза	Күкіртсутегі (Сероводород)	Уреаза	Қозғалғыштығы (Подвижность)	Цитратты кәдеге жарату (Утилизация цитрата)
32	33	34	35	36	37	38	39	40	41

Кестенің жалғасы

(Продолжение таблицы)

Патогенді энтеробактерияларға зерттеу (Исследование на патогенные энтеробактерии)									**Зерттеу нәтижесі (Результа**	**Зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при его наличии) , подпись лица, проводи**
Маннит	Рамноза	Рафиноза	Мальтоза	Дульцит	Ксилоза	Лизин	Аргинин			

								Орнитин	**т исследования)**	**вшего исследование)**
42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
196-қосымша

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

Приложение 196
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№___ бұйрығымен бекітілген № 196/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 196/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Топырақ үлгілерінің микробиологиялық зерттеулерін 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)		
			Себілетін көлемдер (Засеваемые объемы)	Эндо ортасында өсу сипаты (Характер роста на Эндо)	Микроскопия	Оксидаза	Глюкоза дағы газ (Газ в глюкозе)	Себілетін көлемдер (Засеваемые объемы)	Вильсон-Блер ортасында өсу сипаты (Характер роста на среде Вильсон-Блер)	Микроскопия
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы
(Продолжение таблицы)

Жылусүйгіш микроорганизмдерді анықтау (Выявление термофильных микроорганизмов)	Басқа зерттеулер (Другие исследования)	Себу көлемі (Засеваемые объемы)	Тығыз орталарда өсу (Рост на плотных средах)	Микроскопия
12	13	14	15	16

Кестенің жалғасы
(Продолжение таблицы)

Патогенді микрофлораны анықтау (Определение патогенной микрофлоры)							
Тікелей себу (Прямой посев)				Байыту ортасынан қайта себу (Высев со среды обогащения)			
Себу көлемі (Засеваемые объемы)	Эндо	SS-агар	BCA	Себу көлемі (Засеваемые объемы)	Эндо	SS-агар	BCA
17	18	19	20	21	22	23	24

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
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34

Кестенің жалғасы
(Продолжение таблицы)

Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)								Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)	Талдау аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы және қолы (Дата окончания анализа, фамилия и мя отчество (при его наличии), должность и подпись лица, проводившего исследование)
Натрий ацетаты (Ацетат натрия)	Фенилаланиндезаминаза	Лизин	Фогес-Проскауэр реакциясы (Реакция Фогес-Проскауэра)	Нитраттардың қалпына келуі (Восстановление нитратов)	Аргинин	Орнитин	Рамноза		
35	36	37	38	39	40	41	42	43	44

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
197-қосымша

Қазақстан Республикасының

Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
197- қосымша
Приложение 197
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 197/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 197/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Шайындылардың микробиологиялық зерттеулерін 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**	**Нысанның атауы**	**Шайынды алынған орын**	**Стафилококка тексеру Исследование на стафилококк**						**ІТТБ-на (ішек таяқшалары тобының бактерияларына) тексеру Исследование на БГКП (бактерии группы кишечной палочки)**					
					Ұқсастыруға арналған тесттер Тесты для идентификации							Сәйкестендіру тесттері Тесты для дентификации			

Регистрационный номер	**Дата**	**Наименование объекта**	**Место взятия смыва**	Ортал ардың атауы Наименование сред	Ортада өсуі Рост на среде	Лецитиназа	Микроскопия	Плазмакоагулаза	Маннит	Мальтоза	Ортал ардың атауы Наименование сред	Ортада өсуі Рост на среде	Тығызортада өсуі Рост на плотных средах	Микроскопия
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Басқа микроорганизмдерге зерттеу **Исследование на другие микроорганизмы**			**Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы зерттеу жүргізген адамның қолы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при его наличии) и подпись лица, проводившего о**
Орталардың атауы Наименование сред			

	Сәйкестендіру тесттері Тесты для идентификации							**Зерттеу нәтижелері** **Результаты исследования**					**исследования**
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
198-қосымша

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

Приложение 198
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 198/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық		

саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 198/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Ауа үлгілерінің микробиологиялық зерттеулерін 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)	Үлгі алу 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) зерттеу: (Исследование на ОМЧ (общее микробное число))		Стафилококка зерттеу: (Исследование на стафилококки):				
				Экспозициясы, жылдамдығы (Экспозиция, скорость) Жіберілген ауаның көлемі (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)

Зеңге зерттеу: (Исследование на плесень)		Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)	Зерттеудің аяқталған күні,

Экспозициясы, жылдамдығы (Экспозиция, скорость) Жіберілген ауаның көлемі (Объем пропущенного воздуха)	Колониялардың жалпы саны (Общее число колоний)	1 м3 микроорганизмдер саны (Количество микроорганизмов в 1 м3)			зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование)
		Жалпы (Общее)	Алтын түстес стафилококк (Золотистый стафилококк)	Зең (Плесень)	
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
199-қосымша

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

Приложение 199
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 199/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 199/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ___ года №_____

Дәрілік (дәріханалық) нысандардың микробиологиялық зерттеулерін 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, қаптамасы, таңбалануы, 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)	Ортада өсу сипаты (Характер роста на среде)	микроскопия	Себу көлемі (Засеваемый объем)	Ортада өсу сипаты (Характер роста на среде)	Микроскопия
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы
(Продолжение таблицы)

Зерттеу: (Исследование на:)															**Зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты,**
S.aureus		Ps.aeruginosa		Зең және ашытқы саңырауқұлақтары (Плесневые и дрожжевые грибки)			Анаэробтар (Анаэробы)			Аэробтар (Аэробы)			Эндотоксиндер (Эндотоксины)		

Себу көлемі (Засеваемый объем)	Орта да өсу сипаты (Характера на среде)	Себу көлемі Засеваемый объем	Ортада өсу сипаты (Характер роста на среде)	Оксидазды тест (Оксидазный тест)	Себу көлемі (Засеваемый объем)	Орта да өсу сипаты (Характера на среде)	Себу көлемі (Засеваемый объем)	Жинал у орта сында а өсуі (Рост на средах накопления)	Микроскопия	Себу көлемі (Засеваемый объем)	Жинал у орта сында а өсуі (Рост на средах накопления)	Микроскопия	(Экспресс-тест үшін препараттың нөмірі мен сериясы, бақылау, нәтиже) (Номер и серия препарата для экспресс-теста, контроль, результат)	**Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)**	**экесінің аты, (ол болған жағдайда), лауазымы және қолы (Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность и подпись лица, проводившего исследование)**
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
200-қосымша

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

Приложение 200
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 200/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 200/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ года №_____

Стерильділікке 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._____

				Зерттеу: / Исследование на:			
				Анаэробтар Анаэробы		Аэробтар Аэробы	
Тіркеу нөмірі		**Үлгі алынған орын, ұйым**	**Үлгіні өңдеу және себу жүргізілген күн,**	Қоректену орталарындағы өсу сипаты Характер роста на питательных средах	Морфология Морфология	Қоректену орталарындағы өсу сипаты Характер роста на	Морфология

Регистрационный номер	**Күні дата**	**Организация, место взятия образца**	**Обработка образца и дата посева**			питательных средах	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 (ол болған жағдайда), және қолы Дата окончания исследования. Фамилия, имя, отчество (при его 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
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
201-қосымша

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

Приложение 201
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 201/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы		Медицинская документация Форма № 201/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Казахстан от "____" _____ 20_ ___ 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 Регистрационный номер	Күні Дата	Зерттеу түрі (үлгілермен Өсірінділердің атауы) Вид исследования (наименование образцов, культур)	Түскен үлгілермен Өсірінділердің саны Количество поступивших образцов, культур	Себінділер саны Количество посевов				Түрлері бойынша ауруды жұқтырған жануарлар саны Количество зараженных животных по видам				Дәрігер-бактериологтың қолы Подпись врача-бактериолога
				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 К концу дня	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
202-қосымша

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

Приложение 202
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма

А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 202/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 202/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ 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 (Наименование культуры в латинской транскрипции)**	**Бөліну күні (Дата выделения)**	**Бөліну көзі (Источник выделения)**	**Үлгі алынған мекенжай және күні (Адрес и дата взятия образца)**	**Бөліну әдісі (Способ выделения)**	**Штаммның типтілігі * (Типичность штамма)***	**Штаммның биотипі (Биотип штамма)**	**Штаммның тарихы** (Судьба штамма)** **	**Жою күні, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Дата уничтожения Ф.И.О (при его наличии) , подпись проводившего исследование)**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

* - атиптік болса, белгілердін көрсетіңіз (при атипичности указать признаки).

**-жойылу, күні, акт №; мұражайға, коллекцияға, орталыққа және т. б. берілді, 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
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
203-қосымша

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

Приложение 203
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 203/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 203/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ___ года №_____

Зерттеуге түскен өсірінділерді тіркеу журналы
Журнал регистрации культур, поступивших на исследование

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)	Қабылданған күні (Дата поступления)	Өсіріндінің атауы (Наименование культуры)	Түскен өсіріндінің ыдыстар (түтіктер, ампулалар және басқалар) саны (Количество поступивших емкостей с культурой (пробирки, ампулы и другие))	Өсіріндіні 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
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
204-қосымша

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

Приложение 204
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№___ бұйрығымен бекітілген № 204/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере		Медицинская документация Форма № 204/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ ___ года №_____

санитарно-эпидемиологического благополучия населения		

Өсірінділер 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.(г.)
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 направившее требование**	**Жіберілген Өсірінді атауы (штаммның немесе токсиннің нөмірі) Наименование отпущенной культуры (номер штамма или токсина)**	**Өсірінділер салынған сыйымдылықтардың саны (қаптама түрі) Количество отпущенных емкостей с культурами (вид упаковки)**	**Өсіріндінің жіберілген күні. Шығыс құжаттаманың нөмірі Дата отпуска культур. Номер исходящей документации**	**Өсірінді алған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), . сенімхаты, жеке куәлігінің нөмірі Ф.И.О (при его наличии) . получившего культуры, доверенность, номер удостоверения личности**	**Алғаны туралы қолхат Расписка в получении**
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
205-қосымша

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

Приложение 205
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 205/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 205/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ___ года №_____

Қоректік ортаны дайындау және бақылауды тіркеу журналы
Журнал регистрации приготовления и контроля питательных сред

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	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 стериль дігін бақылау Контроль стерильности питательной среды	Дайындалған ортаның рН-ы р Н приготовленной среды	Индикаторлық штаммың 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 его наличии) ,

										подпись лица проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
206-қосымша

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

Приложение 206
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 206/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 206/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ года №_____

Мұражайлық өсірінділер қозғалысын есепке алу журналы
Журнал учета движения музейных культур

Басталуы (Начат) "____"_____20____ж.(г.)
Аяқталуы (Окончен) "____"_____20____ж.(г.)

							Зерттеу жүргіз					

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Микробтың латын транскрипциясындағы 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	ген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы Ф.И.О (при его наличии), должность лица, проводившего исследование	Штамды жіберген ұйымның атауы Наименование организации, направившей штамм	Штамм барыдыстардың саны Количество емкостей со штаммами	Түскен күні Дата поступления	Штамы жою туралы белгі Отметка об уничтожении штамма	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
207-қосымша

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

Приложение 207
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 207/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық		Медицинская документация Форма № 207/у

саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Режимдік зертханаға келушілерді тіркеу журналы
Журнал регистрации посетителей режимных лабораторий

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)	Келген күні мен уақыты (Дата и время посещения)		Келушінің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) посетителя)	Жұмыс орны (Место работы)	Келу мақсаты (Цель посещения)	Алып келген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) ((Ф.И.О. (при его наличии), должность, подпись сопровождающего лица)
	Бастапқы (Начало)	Дейін (До)				
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
208-қосымша

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

Приложение 208
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 208/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 208/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Қоршаған ортадан алынған 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._____

	Күні, уақыты **Дата, время**			**Объектінің атауы, орналасқан жері, үлгі іріктеуді жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы** **Наименование, место нахождение объекта, Ф.И.О**	**Үлгіні жеткізген ұйым мен маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы** **Организация и Ф.И.О (при его наличии), должность специалиста, доставившего образец**	
	Үлгілерді іріктеу Отбора образцов	Зертханаға келіп түсуі					

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер		Поступления в лабораторию	Үлгінің атауы Наименование образца	Саны, көлемі, қорабы Количество, объем, упаковка	(при его наличии), должность специалиста производившего отбор		Зерттеу мақсаты Цель исследования
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. (ол болған жағдайда), лауазымы) Подпись проводившего исследование (Ф.И.О (при его наличии), должность)	Зерттеу нәтижесін алу күні және алған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), колы Дата и Ф.И.О (при его 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
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
209-қосымша

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

Приложение 209
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 209/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 209/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года № _____

Консервілердің микробиологиялық зерттеулерін 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._____

								Мезофилді аэробты және факультативік

Күні (Дата)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Өнімнің атауы, үлгі қайдан жеткізілді және кім алды (Наименование продукта. Откуда доставлен и кем взят образец)	Сыртқы түрін қарау Осмотр внешнего вида	Қысымға төзімділік сынағы Испытание на герметичность	Себу көлемдері (Засеваемые объемы)	Термостатта ұстау (Термостатная выдержка)			Тағамның pH-ы (PH продукта)	анараэробты микроорганизмдерді анықтау (Выявление мезофильных аэробных и факультативных анаэробных микроорганизмов)	
						Инкубация температурасы (Температура инкубации)	Экспозиция (тәулік) (Экспозиция (сутки))	Экспозициядан кейінгі қаптаманың, өнімнің сыртқы түрі (Внешний вид упаковки, продукта после выдержки)		Өсуін сипаттау (Описание роста)	Морфология, тесттер (Морфология, тесты)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Термофильді аэробты және факультативік анараэробты микроорганизмдерді анықтау (Выявление термофильных аэробных и факультативных анаэробных микроорганизмов)		Мезофилді облигатты анаэробтарды анықтау (Выявление мезофильных облигатных анаэробов)		Спора түзбейтін микроорганизмдерді анықтау (Выявление неспорообразующих микроорганизмов)			Басқа зерттеулер	Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)	Зерттеу аяқталған күн Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Дата окончания исследования. Ф.И.О. (при его наличии) подпись лица, проводив
Өсудің сипаттамасы (Описание роста)	Морфология, тесттер (Морфология, тесты)	Өсудің сипаттамасы (Описание роста)	Морфология, тесттер (Морфология, тесты)	Қоректік орталар (Питательные среды)	Өсудің сипаттамасы (Описание роста)	Морфология, тесттер (Морфоло			

						гия, тесты)	(Другие исследования)	Результат исследования	шего исследование)
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
210-қосымша

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

Приложение 210
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№___ бұйрығымен бекітілген № 210/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 210/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ _____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, мин утпен Время обеззараживания в мин.**		**Режим Режим**		**Бақылау тесті Тест-контроль**			**Маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы және қолы Ф.И.О (при его 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
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
211-қосымша

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

Приложение 211
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 211/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 211/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года № _____

Адамдардан алынған 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 Регистрационный номер	**Күні, уақыты Дата, время**		**Тексерілушінің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), Ф.И.О. (при его наличии) обследуемого**	**Жасы Возраст**	**Тұрғылықты мекен жайы Адрес проживания**	**Жұмыс орны, лауазымы Место работы, должность**	**Диагнозы Диагноз**	**Зерттеу мақсаты Цель исследования**
	Үлгіні зертханаға қабылдау Поступления образца в лабораторию	Зерттеудің басталған Начала исследования						
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Пассивті гемагглютинация реакциясы (ПГАР)
Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на:

О3 иерсиниозға О3 иерсиниоз	О9 иерсиниозға О9 иерсиниоз	Жалған туберкулезге Псевдотуберкулез	Кристенсении ерсиниозы иерсиниоз Кристенсени	Листериозға Листериоз	Лептоспирозға Лептоспириоз	Пастереллезге Пастереллез	Күйдіргіге Сибирскую язву	Туляремияға Туляремию	Сарыпқа Бруцеллез	Бөртпе сүзекке Сыпной тиф	Қосымша инфекциялар Дополнительные инфекции
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Сарыпқа Н а 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. (ол болған жағдайда), лауазымы және қолы Ф.И.О (при его 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
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
212-қосымша

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

Приложение 212
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№___ бұйрығымен бекітілген № 212/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 212/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ _____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	**Жануарлар түрі**	**Жұқтыру күні**	**Жұқтыру жолы**	**Биологиялық сынаманың нәтижесі** **Результат биологической пробы**		**Патологоанатомиялық картина**

Регистрационный номер	**Вид животных**	**Дата заражения**	**Способ заражения**	Өлгені Пало	Өлтірілгені Убито	**Патологоанатомическая картина**
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. (ол болған жағдайда), қолы Ф.И.О (при его наличии), подпись специалиста, проводившего исследование
8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
213-қосымша

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

Приложение 213
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№___ бұйрығымен бекітілген № 213/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере		Медицинская документация Форма № 213/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Казахстан от "____" _____ 20_ _____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._____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Иммунобиологиялық препараттың атауы Наименование иммуно-биологического препарата	Иммунобиологиялық препараттың сериясы мен шығарылған күні Серия и дата изготовления иммуно-биологического препарата	Жарамдылық мерзімі Срок годности	Бақылау күні Дата контроля	Препарат белсенділігінің жұмыс титрі Рабочий титр активности препарата	Препараттың жарамдылығы туралы қорытынды Заключение о пригодности препарата	Бақылау жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы Ф.И.О (при его наличии) , должность, подпись проводившего контроль
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
214-қосымша

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

Приложение 214
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**№___ бұйрығымен бекітілген № 214/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 214/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Дезинфекциялау сапасын (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)	Объектінің атауы (Наименование объекта)	Шайынды алынған орын (Место взятия смыва)	Стафилококкқа тексеру (Исследование на стафилококк)						
				Орталардың атауы (Наименование сред)	Сәйкестендіруге арналған тесттер (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) зерттеу (Исследование на БГКП (бактерии	Басқа микроорганизмдерге зерттеу (Исследование на другие микроорганизмы)					Зерттеу нәт	Зерттеу аяқталған күн,			

группы кишечной палочки))																	
Орталардың атауы (Наименование сред)	Сәйкестендіруге арналған тесттер Тесты для идентификации			Орталардың атауы (Наименование сред)	Сәйкестендіруге арналған тесттер (Тесты для идентификации											Результаты исследования)	зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Дата окончания исследования, Ф.И.О.(при его наличии), подпись лица, проводившего исследования)
	ортада өсуі (Рост на среде)	Тығыз ортада өсуі (Рост на плотных средах)	Микроскопия														
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
215-қосымша

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

Приложение 215
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 215/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере		Медицинская документация Форма № 215/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Казахстан от "____" _____ 20_____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._____

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгіні алу күні, уақыты (Дата, время отбора образца)	Үлгіні алу орны (Место отбора образец)	Үлгіні алу әдісі (Метод отбора образца)	ЖМС зерттеу: Исследование на ОМЧ		Стафилококкқа зерттеу: Исследование на стафилококки:				
				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)

Зеңге зерттеу: (Исследование на плесень)		Зерттеу нәтижелері Результаты исследования			Зерттеу аяқталған күн, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Дата окончания исследования. Ф.И.О. (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование)
Экспозициясы, жылдамдығы Жіберілген ауаның көлемі (Экспозиция, скорость Объем пропущенного воздуха)	Колониялардың жалпы саны (Общее число колоний)	1 м3-дегі микроорганизмдер саны Количество микроорганизмов в 1 м3			
		Жалпы (Общее)	Алтын түстес стафилококк (Золотистый стафилококк)	Зең (Плесени)	
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
216-қосымша

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

Приложение 216
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 216/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 216/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №____

Адамдардан алынған үлгілердің серологиялық зерттеулерін 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._____

	Зерттеулер	Зерттелушінің Т.А.Ә. (		Пассивті гемагглютинация реакциясы (ПГАР) Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на:											

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	жүргізілген күн, ай, жыл Дата проведения исследований	ол болған жағдайда), Ф.И.О. (при его наличии) обследуемого	Зерттеу мақсаты Цель исследования	О3 иерсиниозға О3 иерсиниоз	О9 иерсиниозға О9 иерсиниоз	Жалған тубер кулезге Псевдотуберкулез	Кристенсени иерсиниозына Иерсиниоз Кристенсени	Листериозға Листериоз	Лептоспирозға Лептоспириоз	Пастерелл езге Пастерелл ез	Күйдіргіге Сибирскую язву	Туляремияға Туляремию	Бруцеллезге Бруцеллез	Бөртпе сүзекке Сыпной тиф	Дербес толтырылады Заполняется самостоятельно
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Бруцеллезге На бруцеллез							
Хеддельсон реакциясы Реакция Хеддельсона					РозБенгал сынамасы Проба РозБенгал		Райт бойынша реакция Реакция по Райта
17					18		19
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. (ол болған жағдайда), лауазымы Подпись, Ф.И.О (при его наличии), должность лица, проводившего исследования
Бернет	сибирик	Музер	Провачек				
20	21	22	23	24	25	26	27

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
217-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
217- қосымша
Приложение 217
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 217/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 217/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

_____ (инфекция түріне) адамдардан алынған материал үлгілерінің микробиологиялық зерттеулерін тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований образцов материала от людей 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._____

	Үлгінің жібе	**Күні, айы, жылы** **Дата, месяц, год**		**Зерттелушінін**									**Зерттеу жүргізген адамның қолы, тегі, аты, әкесінің аты (о**

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	рген ұйымның атауы Наименование организации, направившей образец	Үлгінің алынған Взятия образца	Зертхананың қабылдаған Поступления в лабораторию	Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), Ф.И.О. (при его наличии) обследуемого	Жасы Возраст	Мекен-жайы Адрес проживания	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	л болған жағдайда) Фамилия имя отчество (при его наличии), подпись лица проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
218-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
218- қосымша
Приложение 218
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 218/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық		Медицинская документация Форма № 218/у

саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

_____зерттеуге арналған үлгілерді тіркеу журналы (инфекция түріне)

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)	**Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)**	**ЖСН ИИН**	**Жасы (Возраст)**	**Үлгі жіберген ұйым (Организация, направивший образец)**	**Диагнозы, негізгі симптомдары (Диагноз, основные симптомы)**	**Екпелер туралы деректер (Сведения о прививках)**
1	2	3	4	5	6	7
	Күні, айы, жылы Дата, месяц, год					

Ауырған (Заболевания)	Үлгі алу (Взятия образца)	Ауырған күні (День болезни)	Үлгіні жіберу (Отправки образца)	Үлгіні жеткізу (Доставки образца)
8	9	10	11	12

Зерттелетін үлгі (Исслед	Зерттеу күні (Дата исследования)	Жасушалар сызығы (Линия клеток)	Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)	Жауап берілген күн (Дата выдачи ответа)	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия имя отчество (при его наличии) лица,

уемый образец)					проводившего исследование)
13	14	15	16	17	18

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
219-қосымша

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

Приложение 219
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 219/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 219/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №____ ____

Шетелден өсірінділер алуды тіркеу журналы
Журнал регистрации получения культур из-за рубежа

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "_____"_____20____ж. (г.)

			Түсетін нөмірі немесе шифры бар штаммның атауы	**Түскен штамм салынған**	**Ілеспе құжаттама**	**Өсіріндіні алған адамның Т.А.Ә. (ол болған жа**	

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Түскен күні, айы, жылы (Дата поступления)	Өсірінділерді жіберген ел (Страна, передаваемая культуры)	(Наименование штамма с поступающей нумерацией или шифром)	ыдыстар саны (Количество емкостей с поступившем штаммом)	(Сопроводительная документация)	ғдайда), лауазымы, қолы (Ф.И.О (при его наличии), должность, подпись, получившего культуру)	Ескертпе (Примечание)
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
220-қосымша

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

Приложение 220
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№___ бұйрығымен бекітілген № 220/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 220/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

_____(инфекция түріне) қарсы иммунитетті анықтауға арналған үлгілерді тіркеу 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 (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы Фамилия имя отчество (при его наличии), должность, подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
221-қосымша

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

Приложение 221
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 221/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық		

саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 221/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Вирустық гепатиттерге 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 картасының нөмірі Фамилия имя отчество, обследуемого, номер медицинской карты	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 обследование	Антигеннің, антиденелердің атауы Наименование антигена, антител	Зерттеу нәтижелері Результаты исследований							Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл, зертхана ашы-дәрігердің қолы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), Дата окончания исследования, фамилия имя отчество (при его наличии), подпись врача-лаборанта

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
										Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2026 жылғы " " _____ № ___ бұйрығына 222-қосымша Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 20 тамыздағы № ҚР ДСМ-84 бұйрығына 222- қосымша Приложение 222 к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 августа 2021 года № ҚР ДСМ-84 Нысан Форма А4 Форматы Формат А4				

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 222/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 222/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Штамдарды сәйкестендіру нәтижелерін есепке алу журналы
Журнал учета результатов идентификации штаммов

Басталуы (Начат) "___"_____ 20____ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж.(г.)

						Жұмысшы араластыру

						Рабочее
Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зерттеу күні, айы, жылы Дата исследования	Зертханалық үлгі Лабораторная модель	Штаммның сипаты Характеристика штамма	Вирус дозасы Доза вируса	Диагностикалық эталондық сарысулар Диагностические эталонные сыворотки	

							разведение
1		2		3	4	5	6	7
Бақылау күндері Дни наблюдения						Типтеу нәтижесі Результат типирования	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы Фамилия имя отчество (при его 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
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
223-қосымша

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

Приложение 223
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№___ бұйрығымен бекітілген № 223/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 223/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

_____вирусологиялық зерттеулерді тіркеу журналы (инфекция түріне)
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	Нәтиже результат
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Продолжение таблицы

Екінші пассаж Второй пассаж	**Бейімделу Адаптация**			**Зерттеу нәтижесі Результат исследования**	**Жауап жіберілгенкүн, ай, жыл Дата выдачи ответа**	**Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность подпись Проводившего исследование**
Бақылау Контроль	Күні, айы, жылы дата, месяц, год	Нәтиже резуль тат	Бақылау Контроль			
11	12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
224-қосымша

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

Приложение 224
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____**

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**№___ бұйрығымен бекітілген № 224/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 224/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Тін өсіріндісінде жүргізілген серологиялық зерттеулердің нәтижелерін тіркеу журналы
Журнал регистрации результатов серологических исследований на культуре ткани

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

				Сарысуды араластыру (кері шамаларда) **Разведение сывороток (в обратных величинах)**									**Бақылау** **Контроль**					
	Эталондық вирусты	**Зерт**	**Нәтижелерд**										Вирус мөлшері Доза вируса	Сарысудың Сыворотки	Жасушпалардың		**Зерттеу аякт**	**Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы Фамилия имя отчество (при его наличии), дол**

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	**ң сипаттамасы Характеристика эталонного вируса**	**теу басталған күн, ай, жыл Дата начала исследования**	**і есепке алу күні, айы, жылы Дата учета результатов**												Клеток	**Зерттеу нәтижесі Результат исследования**	**алған күнкүн, ай, жыл Дата окончания исследования**	**жность, подпись лица, проводившего исследование**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
225-қосымша

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

Приложение 225
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 225/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 225/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Паразиттік аурулар қоздырғыштарына зерттеп-қаралатын адамдарды тіркеу журналы
Журнал регистрации лиц, обследуемых на возбудителей паразитарных заболеваний

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	**Зертханаға үлгінің түскен күні (Дата поступления образца в лабораторию)**	**Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), ЖСН (Фамилия, имя отчество (при его 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 (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя отчество(при его наличии), подпись лица, проводившего исследование)**	**Ескертпе (Примечание)**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
226-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
226- қосымша
Приложение 226
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтауминистрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 226/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 226/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Инфекциялық аурулар ошақтарындағы дезинфекциялау іс-шараларды есепке алу журналы
Журнал учета дезинфекционных мероприятий в очагах инфекционных заболеваний

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	**Күні, айы, жылы (Дата, месяц, Год)**	**Өтінім түскен ұйымның атауы (Наименование организации ,от которого поступила заявка)**	**Эпидемиологиялық нөмірі (Эпидемиологический номер)**	**Науқас адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя отчество (при его наличии), больного человека)**	**Жасы (Возраст)**	**Мекенжайы (Адрес)**
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы
(Продолжение таблицы)

Балалар ұйымының, мектептің, жоғарғы оқу орны					**Ауруханаға жатқызылған кезден**

ның, жұмыс орнының атауы мен мекенжайы (Наименование и адрес детской организации, школы, вуза, места работы)	Диагнозы (Диагноз)	Ауруханаға жатқызылған күні (Дата госпитализации)	Дезинфекциялау нарядының нөмірі № (№ наряда на дезинфекцию)	Нарядты алған адамның тегі (Фамилия лица получившего наряд)	бастап дезинфекциялау мерзімдері (Сроки дезинфекции с момента госпитализации)
8	9	10	11	12	13

Кестенің жалғасы

(Продолжение таблицы)

Дезинфекцияның орындалмауы немесе уақытында орындалмау себебі (Причина невыполнения или не своевременного выполнения дезинфекции)	Дезинфекцияланды (дана, 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

Кестенің жалғасы

(Продолжение таблицы)

Дезинсекция, м2 (Дезинсекция, м2)	Адамдарды санитариялық тазарту (Санитарная обработка людей)		Дезинфекция жүргізген адамның тегі, аты (Фамилия, имя проводившего дезинфекцию)	Дезинфекциялау сапасын бақылау (Контроль качества дезинфекции)		
	Тазартуға тиісті (Подлежало)	Тазартылған (Обработано)		Күні (Дата)	Зерттелген сынамалар (Исследовано проб)	Нәтиже (Результат)
19	20	21	22	23	24	25

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
227-қосымша

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

Приложение 227
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтауминистрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 227/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 227/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Жұмсақ мүкәммалды (киімдер мен төсек жабдықтары) камералық өңдеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации камерной обработки мягкого инвентаря (одежды и постельных 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)**	**Науқас адамның тегі,аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), мекенжайы, түбіртек нөмірі (ұйым, корпус) Фамилия, инициалы больного человека, 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
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
228-қосымша

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

Приложение 228
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтауминистрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 228/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 228/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Санитариялық-паразитологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации санитарно-паразитологических исследований

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу н өмірі	**Күні, айы, жылы** **Дата, месяц, год**		**Үлгінің атауы**	**Саны, к өлемі**	**Үлгі алу орны**	**Зерттеу мақсаты**	**Зерттеу нәтижес і**	**Зерттеуд ің аяқта**	**Зерттеу жүргізге н адамн ың қолы , тегі, ат ы, әкесі нің аты (ол болға н жағда йда), лау азымы**	
		Зертхан амен								

Регистрационный номер	Үлгіні алу Отбора образцов	қабылданған Поступления в лабораторию	**Наименование образца**	**Количество, объем**	**Место отбора образца**	**Цель исследования**	**Результат исследования**	**лған күні, айы, жылы Дата окончания исследования**	**Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность, подпись проводившего исследование**	**Ескертпе Примечание**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
229-қосымша

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

Приложение 229
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 229/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 229/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ ____ года №_____

Үй шаңы кенелерінің болуына үй шаңының, мамықтан және қауырсыннан жасалған бұйымдардың 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 (ол болған жағдайда), ЖСН (Фамилия, имя, отчество (при его 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 (ол болған жағдайда), лауазымы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность исполнителя)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
230-қосымша

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

Приложение 230
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**№___ бұйрығымен бекітілген № 230/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 230/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ 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)	**Тексеріліп тін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), ЖСН (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), ИИН обследуемого)**	**Туған жылы (Год рождения)**	**Тұрғылықты мекенжайы (Адрес проживания)**	**Тексеруге жіберген мекеме (Учреждение направившее на обследование)**	**Алғашқы, қайта немесе бақылау үшін тексеру (Первичное, повторное или контрольное обследование)**	**Үлгіні тексеруге қабылдау күні Дата приема образца на исследование**	**Диагнозы, ауырған күні Диагноз, дата заболевания**	**Антигенің, антиденелердің атауы Наименование антигена, антител**	**Зерттеудің әдісі Метод исследования**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы

(Продолжение таблицы)

Зерттеу нәтижелері Результат исследования			**Нәтижелер берілген күн**	**Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Фамил**	**Ескертпе**
Гельминттер (Гельминты)	Қарапайымдылар (Простейшие)	Басқалар (көрсетіңіз)			

Тиісті антигенге немесе антиденеге анықталған иммуноглобулиндер атауы (Наименованием выявляемых иммуноглобулинов к соответствующему антигену или антителу)				Тиісті антигенге немесе антиденеге анықталған иммуноглобулиндер атауы (Наименованием выявляемых иммуноглобулинов к соответствующему антигену или антителу)				(Прочие) (указать)	**(Дата выдачи результатов)**	**ия, имя, отчество (при его наличии), подпись, проводившего исследование)**	**(Примечание)**
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
231-қосымша

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

Приложение 231
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 231/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 231/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ 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. (ол болған жағдайда), қолы Дата окончания исследования, месяц, год, Ф.И.О (при его наличии), подпись проводившего исследование
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
232-қосымша

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

Приложение 232
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 232/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық		

саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 232/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ___года №_____

Адамдардан бруцеллезге (гемоөсірінді) алынған 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, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)	Жасы (Возраст)	Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)	Жұмыс орны, лауазымы (Место работы, должность)
	Үлгінің алынған (Отбора проб)	Зертханаға түсуі (Поступления в лабораторию)					
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

	Күні айы, жылы (Дата, месяц, год)				Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы және қолы (Ф.И.О. (при его наличии), должностьи
	Алғашқы, кайта тексеру	Зерттеудің басталуы (Начала исследования)	Зерттеудің аяқталуы (Окончания исследования)	Нәтижелер берілген	Зерттеу

Диагнозы (Диагноз)	(Первичное, повторное обследования)			(Выдачи результатов)	нәтижесі (Результат исследования)	подпись лица, проводившего исследование)
9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
233-қосымша

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

Приложение 233
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 233/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 233/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ___года №_____

Қызылшаға/қызамыққа 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**	**Жасы Возраст**	**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 противокоревой вакцины**
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 противокраснушной вакцины	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	Диагнозы 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 (ол болған жағдайда), луазым ы қолы Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность и подпись лица, проводившего исслед

										ование
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
234-қосымша

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

Приложение 234
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 234/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 234/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___года №_____

_____ люминисценттік зерттеулерді тіркеу журналы (инфекцияның түріне)
Журнал регистрации люминисцентных исследований на _____ (вид инфекции)

Басталуы (Начат) "___"_____ 20____ж.(г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"____20____ж.(г.)

		Микроскопия нәтижелерін есепке алу/Учет результатов микроскопии										**Зерттеу жүргізген маманның тегі, аты, әкесінің**

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зерттеу жүргізілген күн, ай, жыл Дата, месяц, год проведения исследования	А тұмауы Грипп А (H3N2)	А тұмауы Грипп А (H1N1)	В тұмауы Грипп В	Парагрипп ПГ 1	Парагрипп ПГ 2	Парагрипп ПГ 3	Аденовирус	Респираторлы сенсициалды жасушалар (РС) Респираторные сенсициальные клетки (РС)	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу нәтижесі берілген күн, ай, жыл Дата, месяц, год выдачи результата исследования	аты (болған жағдайда), лауазымы және қолы Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность и подпись специалиста, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
235-қосымша

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

Приложение 235
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 235/е нысанды медициналық құжаттама

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 235/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ___года №_____

Санитариялық вирусологияға зерттеуге алынған 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 его наличии), должность, подпись лица проводившего исследование**
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
236-қосымша

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

Приложение 236
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ _жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 236/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 236/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ___года №_____

Бруцеллез қоздырғышының бөлінуін 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. _____

Тіркеу нөмірі **Регистрационный номер**	**Зертханаға келіп түскен күні, айы, жылы, қайдан әкелінді** **Дата, месяц, год поступления в лабораторию, откуда доставлен**	**Бөлінген қоздырғыштың 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**	**Күкіртсутегі түзілуіне қатысты дифференциация** **Дифференциация по образованию сероводорода**	**CO2 қажеттілігі** **потребность в CO2**
				Сұйық қоректік ортадағы Жидкой питательной среде (ЖПС)	Тығыз қоректік ортадағы Плотной питательной среде (ППС)				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы/продолжение таблицы

				Бояуларға қатысты саралау

Грам бойынша жасуша морфологиясы Морфология клетки по Граму	Термоагглютинация реакциясы Реакция термоагглютинации	Күкірт сутегі түзілуіне қатысты дифференциация Дифференциация по образованию сероводорода	CO2 қажеттілігі потребность в CO2	Дифференциция по Отношению к краскам				
				Фуксин		Тионин		
				1:50000	1:100000	1:25000	1:50000	1:100000
7	8	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 его наличии), и подпись специалиста, проводившего исследование
Поливалентті сарысумен С поливалентной сывороткой	Антителитензис сарысуымен с сывороткой антителитензис	Антиаборту сарысуымен С сывороткой антиаборту с			Тұтас Цельному	Аралас Разведенному					
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
237-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
237- қосымша
Приложение 237
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 237/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 237/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ___года №_____

Сыртқы орта объектілерінің үлгілерін иммундық-ферментті талдау (ИФТ) әдісімен зерттеуді тіркейтін жұмыс журналы
Рабочий журнал регистрации исследования образцов от объектов внешней среды методом иммуноферментного анализа (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)		Үлгіні жіберген мекеме (Учреждение направившее образец)	Үлгі алынған орын (Место отбора образца)	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Зерттеу мақсаты (Цель исследования)
1	2		3	4	5	6
Нәтиже (Результат)			Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл (Дата, месяц, год окончания исследования)	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись специалиста, проводившего исследование)	
Антигенге (На антиген)	Антиденелерге (На антитела)					
	IgM	IgG				
7	8	9	10	11	12	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
238-қосымша

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

Приложение 238
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 238/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 238/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Адамдардан алынған материал үлгілерін иммундық-ферментті талдау (ИФТ) әдісімен зерттеуді тіркейтін жұмыс журналы
Рабочий журнал регистрации исследования образцов материала от людей методом иммуноферментного анализа (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)	Тексерілетін адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) 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

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Нәтижесі (Результат)		Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл (Дата, месяц, год окончания исследования)	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О (при его наличии), подпись специалиста, проводившего исследование)
Антигенге (Антиген)	Антиденеге (На антитело)			
9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
239-қосымша

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

Приложение 239
к приказу

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 239/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 239/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Сібір жарасына 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)				антидене лер әдісі АФӘ Метод флуоресцирующих Антител МФА
			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	10

Кестенің жалғасы/ Продолжение таблицы

Пассивті гемаглютинация			фосфатазды	"маржан алқа" тесті	пенициллиназд	гемолитикалы

Реакциясы (ПГР) Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на:	капсуланың пайда болуы капсулообразование (Михину)	Фаг сезгіштігі чувствительность к фагу	белсенділігі фосфатазная активность	тест "жемчужное ожерелье"	ы белсенділігі пенициллиназ наяактивность	белсенділігі гемолитическаяактивность
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. (ол болған жағдайда) және қолы Ф.И.О. (при его наличии) и подпись проводившего исследование
18	19	20	21	22	23

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
240-қосымша

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

Приложение 240
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**	**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№ ___бұйрығымен бекітілген № 240/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере	Медицинская документация Форма № 240/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Казахстан от "____" _____ 20_ ____ года №_____

Пастереллезге 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

гемолитикалық 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. (ол болған жағдайда) және қолы Ф.И.О. (при его наличии) и подпись проводившего исследование

20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
241-қосымша

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

Приложение 241
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№ ___бұйрығымен бекітілген № 241/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 241/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Молекулалық-генетикалық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации молекулярно-генетических исследований

Басталуы (Начат) "__"_____20___ ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "__"_____20___ ж. (г.)

	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің						Үлгіні жолдағ				Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)	ЖСН (ИИН)/ Жасы (Возраст)	Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)	Диагнозы (Диагноз)	Зерттелетін үлгі (Исследуемый образец)	Үлгінің түскен күні, айы, жылы (Дата, месяц, год поступления образца)	ан мекеменің атауы Наименование организации направившего образец	Зерттеу жүргізілген күн, ай, жыл (Дата, месяц, год проведения исслеования)	Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)	Нәтиже берілген күн, ай, жыл (Дата, месяц, год выдачи результата)	жағдайда), лауазымы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность лица, проводившего исследование)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
242-қосымша

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

Приложение 242
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 242/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы		Медицинская документация Форма № 242/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Сыртқы орта объектілерінен алынған үлгілерді молекулалық-генетикалық зерттеуді тіркеу және нәтижелерін беру 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._____
_____

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	**Күні, уақыты (Дата, время)**		**Үлгіні жіберген мекеме (Учреждение направившее образец)**	**Үлгі алу орны (Место отбора образца)**	**Зерттеу мақсаты (Цель исследования)**	**Зерттелетін үлгі (Исследуемый образец)**
	Үлгі алынған (Отбора образца)	Үлгінің зертханаға түскен (Поступления образца в лабораторию)				
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. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О (при его наличии), подпись специалиста, проводившего исследование)
8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
243-қосымша

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

Приложение 243
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№ ___бұйрығымен бекітілген № 243/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 243/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Адамдардан алынған үлгілерді молекулалық-генетикалық зерттеуді тіркеу және нәтижелерін беру 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. (ол болған жағдайда)** **Ф.И.О. (при его 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. (ол болған жағдайда), лауазымы қолы Ф.И.О (при его наличии), должность подпись специалиста, проводившего исследование

9	10	11	12	13	14
					Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2026 жылғы " " _____ № ___ бұйрығына 244-қосымша Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 20 тамыздағы № ҚР ДСМ-84 бұйрығына 244- қосымша Приложение 244 к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 августа 2021 года № ҚР ДСМ-84 Нысан Форма А4 Форматы Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 244/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 244/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Зооноздық инфекцияларға микробиологиялық зерттеулерді 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._____

		Өсу сипаты	**Жасуша морфологиясы**		**Пассивті геамаглютинация реакциясы:**		

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зерттеу басталған күн, ай, жыл Дата начала исследования	Характер роста		Морфология клеток (микроскопия)			АФӘ Метод флуоресцирующих Антител - МФА	Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на:					Капсуланың пайда болуы Капсуло образование	Фаг сезгіштігі Чувствительность к фагу
		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		Иерсиниозға Иерсиниоз	Псевдотуберкулезге Псевдотуберкулез	Пастереллезге Пастереллез	Лептоспирозға Лептоспироз	Листериозға Листериоз		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Биохимиялық қасиеттері Биохимические свойства														
Желатинаның сұйылуы Разжижение желатины	Оксидазды белсенділігі Оксидазная активность	Каталазды белсенділігі Каталазная активность	Күкіртсутектің пайда болуы Образование сероводорода	Гемолитикалы белсенділігі Гемолитическая активность		Уреазды 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 агглюти-нации 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. (ол болған жағдайда), лауазымы қолы Ф.И.О (при его наличии), должность подпись специалиста, проводившего исследование
41	42	43	44	45	46

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
245-қосымша

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

Приложение 245
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 245/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 245/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Туляремияға микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
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._____

_____

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Зерттеу басталған күн (Дата начала исследования)	Өсу сипаты Характер роста					Грам бойынша жасуша морфологиясы (Морфология клеток по Граму (микроскопия))	АФӘ - антиденелердің флуоресценция әдісі Метод флуоресцирующих антител (МФА)	Биосынама алынған жануарлардың жұғындылары (Мазки-отпечатки от биопробных животных)	Капсуланың пайда болуы (Капсулообразование)	Спораның түзілуі (Спорообразование)	Фагқа сезімталдық Чувствительность к фагу
		Сұйық қоректік ортада (СҚО-да) (На жидкой питательной среде (ЖПС))	ТҚО-да на ППС									
			Ет-пептонды агарда ЕПА (Мясо-пептонном агаре МПА)	Қанды агарда (Кровяном агаре)	Шоколадты агарда (Шоколадном агаре)	Цистеинмен байытылған (Обогащенной цистеином)						
1	2	3	4	5	6	7	8	10	11	12	13	14

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Биохимиялық қасиеттері						

Биохимические свойства						Туляремия сарысуы бар агглютинация реакциясы (Реакция агглютинации с туляремиинойсывороткой)	Зертхана жануарлары үшін патогенділік (Патогенность для лабораторных животных)	Антибиотиктерге сезімталдығы (Чувствительность к антибиотикам)	Зерттеу нәтижесі (Результатисследования)	Зерттеу аяқталған күн (Дата окончанияисследования)	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы, қолы (Ф.И.О (при его наличии), должность, подпись специалиста, проводившего исследование)
Глицериннің ферменттелуі (Ферментация глицерина)	Оксидазды белсенділік (Оксидазная активность)	Каталаздық белсенділік (Каталазная активность)	Бета-лактамаздытест (Бета-лактамазный тест)	Қозғалғыштығы (Подвижность)	Уреаздыбелсенділік (Уреазная активность)						
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
246-қосымша

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

Приложение 246
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____**

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**№ ___бұйрығымен бекітілген № 246/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 246/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ 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
		Уақыты (сағаты) Время (часы)					
		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	Зерттеудің нәтижесі	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы қолы Ф.И.О (при его наличии), должность подпись специалиста, проводивше

Судың toC toC воды	Судың pH pH воды			пептонной воды	Результат исследования	окончания исследования	г о исследование
7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
247-қосымша

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

Приложение 247
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 247/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 247/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Сынамаларды қабылдау және үлгілерді тіркеу 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, мекенжайы (Наименование предприятия, адрес)	Сынаманың атауы (Наименование проб)	Сынама көлемі (Количество проб)	Сынама алған зертханалар (Лаборатории получившие пробы)	Зерттеу нәтижесін алу күні, хаттама нөмірі (Дата получения результатов исследования, номер протокола)	Хаттаманы алу күні және алушының қолы (Дата и подпись получившего протокола)
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
248-қосымша

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

Приложение 248
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 248/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 248/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ ____ года №_____

Тырысқақтың бөлінген өсірінділерінің сипаттамасын есепке алуды тіркеу журналы
Журнал регистрации учета характеристики выделенных культур холеры

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	**Штамм № (№ штамма)**	**Микробтың түрі (Вид микроба)**	**Зерттеу объектісі (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)	Өсіріндіні бөліп алу (Выделения культуры)		Жасушалар (Клетки	Колониялар Колоний	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Лизиннің декарбоксилазалары (Декарбоксилазы лизина)	Аргининнің дегидролазасы (Дегидролазы аргинина)	Аэробты (Аэробный)	Анаэробты (Анаэробный)
	Орнитиннің (Орнитина)		
11	12	13	14

Биохимиялық белсенділігі (Биохимическая активность)							Тырысқақ сарысуларымен агглютинабельділігі (Агглютинабельность холерными сыворотками)				
Сахароза	Манноза	Арабиноза	Лактоза	Маннит	Иозит	Желатина	"О"	Огава	Инаба	О l39	RO
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

ПГАР (РНГА)		**ФАӘ МФА**		**Тырысқақ фагтарына сезімталдық Чувствительность к холерным фагам**			
				"С"	Эльтор	ДДФ	ХДФ-3,4,5
27		28		29	30	31	32

Фаготип	Фогес-Проскауэр реакциясы	Гемаглютинация	Гемолиз	Жас көжектерде сыналған вируленттілік	Антибиотиктерге сезімталдық (Чувствительность к антибиотикам)						ПТР нәтижелері

(Фаготип)	(Реакция Фогес-Проскауэра)	(Гемагглютинация)	(Гемолиз	(Вирулентность на кроликах сосунках)	Тетрациклин	Левомицетин	Ципрофлоксацин	Гентамицин	Басқалар (Другие)	Полимиксин 50 ед./мл	(Результаты ПЦР)
33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
249-қосымша

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

Приложение 249
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 249/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 249/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Тырысқақ қоздырғышының болуына адамдардан алынған материал 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. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его 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

Алғашқы немесе қайта зерттеу Исследование первичное или повторное	Күні, айы, жылы және уақыты Дата, месяц, год и время		Зерттелінетін үлгі Исследуемый образец	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы қолы Ф.И.О (при его наличии), должность подпись специалиста, проводившего исследование
	Үлгі алу Взятия образца	Зертхананың қабылдаған Поступления в лабораторию				
8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
250-қосымша

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

Приложение 250
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма

А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 250/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 250/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Аэроиондар шоғырлануын өлшеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации измерений концентрации аэроионов

Басталуы (Начат) "___"_____20__ ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20__ ж.(г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні, айы, жылы (Дата, месяц, год)	Объектінің атауы (Наименование объекта)	Цех, бөлім (Цех, отдел)	Жұмыс орындарының саны (Количество рабочих мест)	Аэроиндардың концентрациясы Концентрации аэроионов				Униполярлы коэффициенті, (Коэффициент униполярности)		Аэроиондардың полярлығы (Полярность аэроионов) р+ р-
					Оң иондар саны (Число положительных ионов, в 1 см3)		Теріс иондар саны (Число отрицательных ионов, в 1 см3)				
					Өлшенген Измеренное	Шекті рұқсат етілген Предельно допустимое	Өлшенге н Измеренное	Шекті рұқсат етілген Предельно-допустимое	Өлшенге н Измеренное	Шекті рұқсат етілген Предельно-допустимое	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы/Продолжение таблицы

Аэроиндардың шоғырлануы, р, (ион/см3) **Концентрации аэроионов, р, (ион/см3)**											**Униполярлы**	**Қолданылған құра**	**Зерттеу жүргізген мамандардың тегі, аты, әкесінің аты (ол**
Өлшем бірлігінің мәні, рі, (Значения единичного измерения, рі)								Орташа мәндер (Средние значения)					

1	2	3	4	5	6	7	8	Рорташа Рсред	Pmin	Pmax	**лық коэффициенті, У (Коэффициент унополярности, У)**	**лдардың атауы (Наименование использованных приборов)**	**болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) специалистов, проводивших измерение)**
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
251-қосымша

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

Приложение 251
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 251/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық		Медицинская документация Форма № 251/у

саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Тамақтан уланулардың микробиологиялық зерттеулерді тіркейтін жұмыс журналы
Рабочий журнал регистрации микробиологических исследований 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	Титр протей	Сальмонеллаға, шигеллаға зерттеу Исследование на сальмонеллы , шигеллы	Стафилококкқа зерттеу Исследование на стафилококк	Энтерококкқа зерттеу Исследование на энтерококк	Cereus-ке зерттеу Исследование на B.cereus	Анаэробтар Анаэробы	Биосынама Биопроба	Нәтиже Результат	Күні, қолы Дата, подпись
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
252-қосымша

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

Приложение 252
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**№ _____бұйрығымен бекітілген № 252/е нысанды медициналық құ жаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация форма № 252/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ____ года №_____

Тамақтан улануларды микробиологиялық зерттеулерді (ботулотоксинге зерттеулерді) тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований пищевых отравлений (исследований на ботулотоксин)

Күні (Дата)	**Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)**	**Өнімнің, сынаманың атауы (Наименование продукта, пробы)**	**МАФАМ**	**E.coltитрі Титр E.coli**	**Протей титрі (Титр протея)**	**Сальмонеллаға, шигеллаға зерттеу (Исследование на сальмонеллы, шигеллы)**	**Стафилококкқа зерттеу (Исследование на стафилококк)**	**Энтерококкқа зерттеу (Исследование на энтерококк)**	**Cereus-ке зерттеу (Исследование на cereus)**	**Анаэробтар (Анаэробы)**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Биосынама/Биопроба /Бейтараптандыру реакциясы/Реакция нейтрализации/							
АВСЕF сарысулар қоспасы Смесь сывороток АВСЕF				Бақылау / Контроль			
1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн	2 күн	3 күн	4 күн
12	13	14	15	16	17	18	19

Биосынама /Биопроба Бейтараптандыру реакциясы/ Р.нейтрализации /											
Сарысу "А" түрі Сыворотка тип А"				Сарысу " В" түрі Сыворотка тип " В "				Сарысу "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/ Бейтараптандыру реакциясы / Р.нейтрализации /												**Нәтиже**	**Күні, қолы**
Сарысу "Е" түрі Сыворотка тип "Е"				Сарысу " 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	**Результат**	**Дата, подпись**
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
253-қосымша

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

Приложение 253
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№ _____бұйрығымен бекітілген № 253/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация форма № 253/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Тамақтан уланулардың микробиологиялық зерттеулерді (ботулизм қоздырғышына зерттеулерді) тіркейтін жұмыс журналы
Рабочий журнал регистрации микробиологических исследований пищевых отравлений (исследований на возбудителя ботулизма)

Күні	**Тіркеу нөмірі**	**Өнімнің, сынаманың атауы**			**Протей титрі**	**Сальмонеллаға, шигеллаға зерттеу**	**Стафилококкқа зерттеу**	**Энтерококкқа зерттеу**	**B.cereus-ке зерттеу**	

Дата	Регистрационный номер	Наименование продукта, пробы	МАФАМ	Титр E. coli	Титр протея	Исследование на сальмонеллы, шигеллы	Исследование на стафилококк	Исследование на энтерококк	Исследование на B.cereus	Р Н среды
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы/ Продолжение таблицы

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	
12	13	14	15	16	17	18	19	20

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
254-қосымша

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

Приложение 254
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№ _____бұйрығымен бекітілген № 254/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 254/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Иерсиниозға микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований на иерсиниоз

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 себу күні (Дата 1 пересева ч/з 10 дней)	5 күннен кейін 2 рет қайта себу күні (Дата 2 пересева ч/з 5 дней)	5 күннен кейін 3 рет қайта себу күні (Дата 3 пересева ч/з 5 дней)	Зерттеу нәтижесі (Результат исследования	Күні қолы (Дата, подпись)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
255-қосымша

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

Приложение 255
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 255/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 255/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Мал шаруашылығы өнімдеріндегі антибиотиктердің қалдық мөлшерін анықтау бойынша микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований 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
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
256-қосымша

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

Приложение 256
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма

А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 256/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 256/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Тамақ және мал шаруашылығы өнімдеріндегі бактерияға қарсы препараттардың қалдық мөлшерін анықтау бойынша зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации исследований по определению остаточных количеств антибактериальных препаратов в продуктах питания и животноводства

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Жеткізу күні Дата доставки	**Тіркеу нөмірі Регистрационный номер**	**Жеткізу уақыты Время доставки**	**Зерттеу басталған уақыт Время начала исследования**	**Зерттеу түрі (әдісі) Вид (метод) исследования**	**Өнімнің атауы, алынған орны, материалды кім алды Наименование продукта, место забора, кем сделан забор материала**	**Бактерияға қарсы препараттың атауы Наименование антибактериального препарат**	**Бактерияға қарсы препараттардың қалдық мөлшерінің зерттеу нәтижесі Результат исследования остаточного количества антибактериальных препаратов**	**Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии) проводившего исследование**
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
257-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
257- қосымша
Приложение 257
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№ _____бұйрығымен бекітілген** **№ 257/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 257/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Қанды стерилділікке микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований крови на стерильность

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

						Себулер **Высевы**										
	Тіркеу нөмірі	**Т.А.Ә.(болған жағдайда), мекен жайы,**	**Қанды әкелген адамның тегі, аты, әкесінің аты, лауазымы қолы**	**Зерттеу мерзімі**	**Температуралық тәртібі**							**Сәйкестендіру тесттері**		**Талдау аяқталған күн**	**Нәтиже берілгендігі**	**Зерттеу жүргізген адамның қолы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)**

Күні Дата	Регистрационный номер	жұмыс орны ФИО (при его наличии), адрес, место работы	Фамилия, имя, отчество, должность и подпись лица доставившего кровь	ақсаты Цель исследования	Температурный режим	I	II	III	IV	V	Микроскопия	Тесты идентификации	Нәтиже Результат	Дата окончания анализа	ен күн, ай, жыл Дата выдач и результата	. Фамилия имя отчество (при его наличии), подпись лица проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
258-қосымша

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

Приложение 258
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 258/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы	Медицинская документация Форма № 258/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Адамдардан алынған клиникалық материалды (антибиотикке сезімталдыққа) зерттеу сынамаларын есепке алу және тіркеу журналы
Журнал регистрации и учета проб исследования клинического материала от людей (антибиотикочувствительность)

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____
_____
1._____
_____

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Зертханаға түскен күні (Дата поступления в лабораторию)	Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (ол болған жағдайда)	Жасы (Возраст)	Орталардың атауы (Наименование сред)				КТБ (сұйылтқанда) (в разведение КОЕ)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Антибиотиктер* /өсуді тежеу аймағының диаметрі (мм) (Антибиотики*/диаметр зоны задержки роста (мм))													
Пенициллин	Амикацин	Эритромицин	Ампициллиг	Оксациллин	Ванкомицин	Доксициллин	Амоксиклав	Тетрациклин	Гентамицин	Канамицин	Неомицин	Азитромицин	Меропенем
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Антибиотиктер/ өсуді тежеу аймағының диаметрі (мм) (Антибиотики/диаметр зоны задержки роста (мм))												
Имепенем	Тобрамицин	Канамицин	Цефазолин	Цефепим	Цефтазидим	Норфлоксацин	Левомицетин	Пефлоксацин	Цефалексим	Цефотаксим	(антибиотик атауы)	(антибиотик атауы)
24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Саңырауқұлаққа қарсы препараттар (Противогрибковые препараты)							

Амфотерицин	Клотримазол	Нистатин	Кетоконазол	Интраконозол	Флуконазол	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы және қолы (Ф.И.О. (при его наличии), должность и подпись лица, проводившего исследование)
37	38	39	40	41	42	43	44

*антибиотик атауы зерттеулерге сәйкес ауыстырылуы мүмкін/возможна замена наименования антибиотика в соответствии с исследованиями

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
259-қосымша

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

Приложение 259
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 259/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы		Медицинская документация Форма № 259/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Адамдардан алынған клиникалық материалды (дисбактериозға) 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 Дата		**Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)**	**Жасы Возраст**	**Қоректендіру орталарында өсу (өсіру) Рост на питательных средах (в разведение)**									
Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зертханаға келіп түскен Поступления в лабораторию			Среда Эндо Эндо ортасы	Глюкоза	Лактоза	Индол	Сероводород	Симмонс	П о Шукевичуа	Глицерин	Лизин	Маннит
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Кестенің жалғасы/Продолжение таблицы

Қоректендіру орталарында өсу (өсіру) Рост на питательных средах (в разведение)									
Кларка	Сорбит	Адонит	Инозит	Ацетат Na	Малонат Na	Ксилоза	Рамноза	Аробиноза	Фенилаланин
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Кестенің жалғасы/Продолжение таблицы

Сезімталдық Чувствительность	**ЖСА**	**Сабуро**	**Қанды агар Кровяной агар**	**Микроскопия**	**Вильсен-Блер**	**Блоурок**	**Лактобактерии**	**Өсіп шыққан микроорганизмдер саны (1гр фекалийде) Количество выросших**	**Нәтиже берілген күн Дата выдачи**	**Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), Ф.И.О. (при его наличии**

								микроорганизмов (в 1гр фекалий)	**результата**	**) лица проводившего исследование**
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
260-қосымша

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

Приложение 260
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№ _____бұйрығымен бекітілген № 260/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 260/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Өсімдік шаруашылығы өнімдерінің үлгілерін тіркеу және құрамында нитраттардың болуына зерттеу нәтижелерін есепке алу журналы
Журнал регистрации образцов 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 пробы (образца)	Саны Количество	Алынған ауданы, орны Районы Место отбора	Анықталған нитраттар (мг/кг) Обнаруженное содержание нитратов (мг/кг)	Рұқсат етілген нитраттың мөлшері(мг/кг) Допустимое содержание нитратов (мг/кг)	Нәтиже берілген күн Дата выдачи результата	Зерттеу жүргізген адамның қолы,тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
261-қосымша

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

Приложение 261
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 261/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы		Медицинская документация Форма № 261/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Безгекке зерттеп-қаралатын адардарды тіркеу журналы
Журнал регистрации обследуемых на малярию

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зертханаға препараттарды Қабылданған күні Дата поступления препаратов в лабораторию	Тексерілушінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), Фамилия имя отчество (при его наличии) обследуемого	Туған жылы Год рождения	Мекен-жайы Адрес проживания	Жұмыс орны, лауазымы Место работы, должность	Алғашқы қойылған диагноз Первичный диагноз	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 әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Зерттеу жүргізген адамның қолы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы Фамилия имя отчество (при его наличии), должность и подпись проводившего исследование	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
262-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
262- қосымша
Приложение 262
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 262/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 262/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Паразитологиялық зертханаларда зертханаішілік бақылауды (шайындыларды) тіркеу 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**	**Сынақ әдісіне арналған НҚ НД на метод испытаний**	**Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы ,қолы Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность лица, подпись, проводившего исследование.**
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының

Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
263-қосымша

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

Приложение 263
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 263/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 263/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Гнус имагосы санының серпінін есепке алу журналы
Журнал учета динамики численности имаго гнуса

Облыста (в области) _____ 20 ____ ж. (г.)

Заңды және жеке тұлғаның толық атауы (Полное наименование юридического, физического лица)_____

_____

Есепке алу тәсілі (20 минуттық "өзіне" аулау немесе өсімдіктерді шабу) (Способ учета (20-минутный облов "на себя" или кошение по растительности)) _____

_____

Буын аяқтылар тобы**	**Сынақ әдісіне НҚ (НД на а**	**Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі - ОА) саны Подекадная и среднемесячная (далее-СМ) численность**		

(Группа членистоногих)**	метод испытаний)	Сәуір Апрель				Мамыр Май				Маусым Июнь			
		1	2	3	О А СМ	1	2	3	О А СМ	1	2	3	О А 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	О А СМ	1	2	3	О А СМ	1	2	3	О А СМ	
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

** Буынаяқтылар тобы: масалар, шіркейлер, құмытылар, соналар (Группа членистоногих: комары, мошки, мокрецы, слепни)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
264-қосымша

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

Приложение 264
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 264/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық		

саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 264/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Гнус дернәсілдері санының маусымдық серпінін есепке алу журналы
Журнал учета сезонной динамики численности личинок гнуса

Шаруашылық жүргізуші субъектінің толық атауы (Полное наименование хозяйствующего субъекта)_____
_____

Су қоймасының № (№ водоема)_____
_____

Есепке алу тәсілі (ебелек немесе кювета) (Способ учета (сачок или кювета))_____
_____

_____
_____

_____ ауданында (в районе) _____облысында (в области) 20 ____ ж.(г.)

Буынаяқтылар тобы (Группа членистоногие) **	**Сынақ әдісіне НҚ 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	ОА (СМ)	1	2	3	ОА (СМ)	1	2	3	ОА (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	Тамыз		

Июль				Август				Қыркүйек Сентябрь				
1	2	3	ОА (СМ)	1	2	3	ОА (СМ)	1	2	3	ОА (СМ)	
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

* Әрбір он күндікті екі кіші бағанға бөлеміз: алымында – барлық дернәсілдер, бөлгішінде - бір сынамаға келетін саны; Бір м2 су бетіне келетін санды қайта есептеуді зертханалық жағдайда жедел талдау мен материалды жинақтау 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, құмытылар, соналар (Группа членистоногих: комары, мошки, мокрецы, слепни).

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
265-қосымша

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

Приложение 265
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 265/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере		Медицинская документация Форма № 265/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Кенелер имагосы санының серпінін есепке алу журналы
Журнал учета динамики численности имаго клещей

_____ауданында (в районе), облысында (в области)_____

Бақылау нүктесінің, орманды типологиялық бөліктің атауы, есепке алу тәсілі (мүйізді ірі қара маршрутында) (Наименование контрольной точки, лесотипологического выдела, способ учета (маршрут на крупн	Сынақ әдісіне НҚ (НД	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	ОА (СМ)	1	2	3	ОА (СМ)	1	2	3	

орогат о м скоте))	**н а метод испыт аний)**												ОА (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**												**Маусымдық көрсеткіш Сезонный показатель**
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь				
1	2	3	ОА (СМ)	1	2	3	ОА (СМ)	1	2	3	ОА (СМ)	
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
266-қосымша

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

Приложение 266
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 266/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 266/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ 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)_____
_____

Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний) _____
_____

№	Негізгі фендік құбылыстар (Основные феноявления)	Анофелес масасы (Комары Анофелес)	Аедес	Куликс	Шіркейлер (Мошки)	Соналар (Слепни)	Үнсіз масалар (Москиты)	Шыбындар (Мухи)
Жәндіктер (Насекомые)								
1.	Қыстаудан ұшып шығуының басталуы (Начало вылета с зимовок)		X	X	X	X	X	
2.	Қыстаудан жаппай ұшып шығуы (Массовый		X		X		X	

	вылет с зимовок)					X		
3.	Қан сорған алғашқы ұрғашы масалар (Первые 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
5.	Ұрығы жетілген алғашқы ұрғашы масалар (Первые самки с созревшим яйцом)		X	X	X	X	X	X
6.	1 - маусымдағы алғашқы дернәсілдер (Первые личинки 1-го возраста)					X	X	
7.	2 - маусымдағы алғашқы дернәсілдер (Первые личинки 2-го возраста)				X	X	X	X
8.	3 - маусымдағы алғашқы дернәсілдер Первые личинки 3-				X	X		X

	го возраста						X	
9.	4 - маусымдағы алғашқы дернәсілдер (Первые личинки 4-го возраста)					X	X	X
10.	Бірінші қуыршақтар (Первые куколки)					X	X	
11.	Бірінші генерацияның ұшуы (Вылет первой генерации)							
12.	Жаппай қан сорудың басталуы (Начало массового кровососания)							X
13.	Имаго санының ең көп кезі (Пик численности имаго)							
14.	Жаппай қан сорудың аяқталуы (Конец массового кровососания)		X					X
15.	Дернәсілдер санының ең көп кезі (Пик численнос					X	X	X

	т и личинок)							
16.	Соңғы қан сорған ұрғашы жәндіктер (Последние самки с кровью)		X	X	X	X	X	X
17.	С у айдындар ындағы соңғы дернәсілде р (Последние личинкив водоемах)				X	X	X	X
18.	Бірінші диапаузад а ғ ы ұрғашы жәндіктер (Первые диапаузир ующие самки)		X	X	X	X	X	X
19.	Жаппай диапаузаға кетуі (Массовый уход в диапаузу)		X	X	X	X	X	X
20.	Соңғы тіркелу мерзімдері (Сроки последней регистрац ии)							
21.	Масалард ың тез жұқтыру маусымын ы ң басталуы (Начало сезона эффективн		X	X	X	X		X

	о й заражаемо с т и комаров)						X	
22.	Масаларды ң тез жұқтыру маусымын ың соңы (Конец сезона эффективно й заражаемо с т и комаров)		X	X	X	X	X	X
23.	Безгек ауруының адамға берілу мерзімінің басы (Начало сезона передачи малярии человеку)		X	X	X	X	X	X
24.	Безгек ауруының адамға берілу мерзімінің соңы (Конец сезона передачи малярии человеку)		X	X	X	X	X	X
25	Безгектің жергілікті жағдайын ы ң ықтимал тіркелу күні (Дата возможной регистрации и 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
2026 жылғы " " _____

№ ___ бұйрығына
267-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
267- қосымша
Приложение 267
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№ _____бұйрығымен бекітілген** **№ 267/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 267/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Аса қауіпті инфекциялар қоздырғыштарына дезинфекциялау құралдарының микробқа қарсы белсенділігінің сынақтарын тіркеу журналы
Журнал регистрации испытаний антимикробной активности дезинфицирующих средств на возбудителей 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._____
_____

	Дезинфекциялау құралының								**Зерттеу жүргізген адамның**

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	ң зертханаға түскен күні (Дата поступления дезинфицирующего средства в лабораторию)	Зерттеу басталған күн, ай, жыл (Дата, месяц, год начала исследования)	Құралды жіберген мекеме (Учреждение направившее средство)	Құралдың атауы (Наименование средств)	Зерттеу мақсаты (Цель исследования)	Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл (Дата, месяц, год окончания исследования)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
268-қосымша

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

Приложение 268
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 268/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 268/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ 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 Измеренная		Нормалар бойынша оңтайлы/ рұқсат етілген оптимальная / допустимая по нормам		өлшенген измеренная		Нормалар бойынша оңтайлы/ рұқсат етілген оптимальная / допустимая по нормам	
1		2	3	4		5		6		7	8
Ауа қозғалысының жылдамдығы Скорость движения воздуха не более м/с		Ауаның шығыны, м³/сағ Расход воздуха, м3/час		Ауа алмасу жиілігі Кратность воздухообмена							
					Рұқсат етілген						

Өлшенген Измеренная	Нормалар бойынша оңтайлы/рұқсатетілген оптимальная/допустимая по нормам	Өлшенген Измеренная	Рұқсат етілген (жоба бойынша) Допустимое (по проекту)	Есептелген Рассчитанная	Доп	Өлшеулер саны/оның ішінде РЕШД–дан жоғары Количество замеров/из них выше ПДУ	Өлшеуге арналған құралдар Приборы для измерения	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), Фамилия, имя, отчество (при его наличии), проводившего исследование	Сынақ әдісіне арналған НҚ

					устимая				
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
269-қосымша

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

Приложение 269
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 269/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 269/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Жануарлардың тістеуінен, сілекейінің жұғуынан, тырнауынан зардап шеккен адамдарды тіркеу журналы
Журнал регистрации лиц, пострадавших от укусов, ослюнений, оцарапывания животными

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	**Хабарламаның күні мен уақыты, кім берді (Дата и час сообщения, кто передал)**	**Хабарлама берген медициналық ұйымның атауы (Наименование медицинской организации,**	**Зардап шегушінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)**	**Жасы (Возраст)**	**Мамандығы (Профессия)**	**Үйінің мекен жайы**

		послявшей сообщение)	пострадавшего			(Домашний адрес)
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Күні (Дата)		Диагноз	Жануардың түрі (Вид животного)	Жануар иесінің мекенжайы (Адрес хозяина животного)	Ветеринариялық анықтаманың нөмірі (Номер ветеринарной справки)	Ветеринариялық анықтаманы алған күні (Дата получения ветеринарной справки)
Тістелген (Укуса)	Жүгінген (Обращения)					
8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
270-қосымша

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

Приложение 270
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 270/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 270/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Сүтқоректілерді тарағанда түскен эктопаразиттерді 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 с эктопаразитами	эктопаразиттерсіз без экзопаразитов
1	2	3	4		5	6
Иксодтық кенелер Иксодовые клещи			Гамаздықкенелер Гамазовые клещи	Бүргe Блохи	Бит Вши	Ескертпе Примечание
Личинки (L)		Нимфы (N)				
7		8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
271-қосымша

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

Приложение 271
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№ _____бұйрығымен бекітілген** **№ 271/е нысанды медициналық құжаттама**

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 271/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Дефектоскоптарды, иондаушы сәулелену көздерін және спектрометрлерді дозиметриялық бақылауды есепке алу журналы

Журнал учета дозиметрического контроля дефектоскопов, источников ионозационного излучения и спектрометров

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Кәсіпорынның атауы (Наименование предприятия)	**ИСК (ИИИ)**	**Зауыт нөмірі (Номер завода)**	**Альфа-бета және гамма рентген сәулелену дің өлшеу саны (Количество замеров альфа-бета и гамма рентген излучения)**	**Өлшеу диапазоны (Диапазон измерений)**	**Хаттама нөмірі (Номер протокола)**	**Радонды өлшеу саны (Количество замеров радона)**	**Өлшеу диапазоны (Диапазон измерений)**	**Хаттама нөмірі (Номер протокола)**	**Бақылау күні (Дата контроля)**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
272-қосымша

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

Приложение 272
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№ _____бұйрығымен бекітілген** **№ 272/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 272/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ 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 хабарланған (қабылданған) күні және сағаты, алғашқы шұғыл хабарламаны жіберу (алу) күні, кім берді, кім қабылдады (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)	Науқас адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного человека)	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

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Үйінің мекенжайы (қала, ауыл, көше, үй нөмірі, пәтер нөмірі) (Домашний адрес (город, село, улица, номер дома, номер квартиры))	Жұмыс, оқу орнының, мектеп жасына дейінгі балалар ұйымының (сынып, топ) атауы, соңғы барған күні (Наименование места работы, учебы, детской дошкольной организации (класс, группа) дата последнего посещения)	Ауырған күні (Дата заболевания)	Диагноз және оның қойылған күні (Диагноз и дата его установления)	Ауруханаға жатқызылған күні, орны (Дата, место госпитализации)
7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Алғашқы жүгінген күні (Дата первичного обращения)	Өзгертілген (нақтыланған) диагнозы, оның нақтыланған күні (Измененный, (уточненный) диагноз и дата его уточнения)	Эпидемиологиялық тексеру жүргізілген күн, инфекциялық ауру ошағында тексеру жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Дата эпидемиоло-гического обследования, фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследовавшего очаг инфекционного заболевания)	Тұрақты тұратын жері бойынша мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органдарына, балалар ұйымына, оқу, жұмыс орнына ауру туралы хабарланған күн (Дата сообщения о заболевании в государственные органы санитарно эпидемиологического надзора по месту постоянного жительства, в детскую организацию, по месту учебы, работы)	Зертханалық зерттеулер, нәтижелері (Лабораторные исследования, результаты)	Ескертпе (Примечание)
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
273-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
273- қосымша
Приложение 273
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№ _____бұйрығымен бекітілген № 273/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 273/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ 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					
Радий- 226	Торий-232	Калий- 40	Цезий-137	Стронций-90	Басқа гамма сәулеленуші изотоптар Другие гамма – излучающие изотопы	Меншікті тиімді белсенділігі Удельная эффективная активность

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
274-қосымша

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

Приложение 274
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№ _____бұйрығымен бекітілген № 274/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 274/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Өнеркәсіптік объектілерді зерттеп-қарауды тіркеу журналы
Журнал регистрации обследований промышленных объектов

Тіркеу Нөмірі **Регистра ционный номер**	**Күні** **Дата**	**объектінің атауы** **Наименование объекта**	**Өлшеу жүргізілген орын** **Место проведения измерений**	**Гамма сәулеленудің ЭМҚ мкЗв/с / МЭД гамма излучения мкЗв/час**	
				Өлшем саны Количество измерений	Өлшеу нәтижелері Результаты измерений
1	2	3	4	5	6
	Бета бөлшектер/см2х мин	Ауада радонның өлшенген, тең салмақты, баламалы, көлемді белсенділігі Бк/м3	Топырақ бетінен алынған радон ағымының өлшенген тығыздығы (мБк/ш.м.·сек)	Өлшеу жүргізген, Т.А.Ә (ол	

Альфа бөлшектер/см2х мин Альфа частиц/см2х мин		Бета частиц/см2х ми		(Измеренная, равновесная, эквивалентная, объемная активность радона в воздухе Бк/м3)		(Измеренная плотность потока радона с поверхности гранта (мБк/м2· сек)		болған жағдайда), қолы Измерения проводил Ф.И.О. (при его наличии)
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
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
275-қосымша

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

Приложение 275
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 275/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 275/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Рентген кабинеттерінде жүргізілген өлшеулерді 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. (ол болған жағдайда), қолы (Измерения проводил Ф.И.О (при его наличии), подпись)
Өлшеулер саны (Количество измерений)	Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)	Жоғары өлшеулер саны (Количество измерений с превышением)	Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)	
5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
276-қосымша

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

Приложение 276
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 276/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 276/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Қоршау конструкцияларының дыбыс оқшаулауын өлшеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации измерения звукоизоляций ограждающих конструкций

Басталуы (Начат) "_____" _____20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " _____" _____20___ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні айы, жылы (Дата, месяц, год)	Шаруашылық жүргізуші субъектінің, ұйымның атауы (Наименование хозяйствующего субъекта, организации)	Өлшеулер саны (Количество замеров)						Қолданылған құралдардың атауы (Наименование использованных приборов)	Өлшеулер жүргізген мамандардың Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) және қолы (Ф.И.О (при его наличии) и подпись специалистов проводивших измерения)
			Фондық шу Фоновый шум	Дыбыстың естілуі Реверберации	Ауаның шуы Воздушный шум		Соққының шуы Ударный шум			
			Барлығы (Всего)	Барлығы (Всего)	Барлығы (Всего)	РЕШ жоғары (Выше ПДУ)	Барлығы (Всего)	РЕШжоғары (Выше ПДУ)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
277-қосымша

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

Приложение 277
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 277/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық		

саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 277/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Әкімшілік құқық бұзушылықтар туралы хаттамаларды тіркеу журналы
Журнал регистрации протоколов об административных правонарушениях

р/с № № п/п	Құқық бұзушылықты анықтаған орган (Орган выявивший правонарушение)	Әкімшілік істің нөмірі (Номер административного дела)	Жасалған күні (Дата заведения)	Хаттаманы толтырған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), хаттама толтырған адамның лауазымы (Ф.И.О. (при его 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, мекенжайы (Место совершения, адрес)	ҚР ӘҚБтК сарапануы (Квалификация КоАП РК)	Өндірісті қамтамасыз ету шаралары Меры обеспечения производства
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (продолжение таблицы)

Тұлғаның бұрын әкімшілік жауапкершілікке тартылғаны туралы деректер (Данные о раннем привлечении к администрати	Өтінішхаттардың болуы (Наличие ходатайств)	Қарау күні мен нәтижесі, қабылданған шаралар (Дата и результат	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

в н о й ответственности лица)		**рассмотрения, принятые меры)**				**(Прочие отметки)**
11	12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
278-қосымша

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

Приложение 278
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№ _____бұйрығымен бекітілген № 278/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 278/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ 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,					

№	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)	өздеріне қатысты тергеп-тексеру басталған басшының (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)	Тексеру барысында бұзушылықтары 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 (ол болған жағдайда) (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 (ол болған жағдайда), лауазымы (Фамилия имя отчество (при его наличии), должность лица, проводившего расследовавние)
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
279-қосымша

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

Приложение 279
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 279/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 279/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ 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 %**
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
280-қосымша

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

Приложение 280
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№ ___бұйрығымен бекітілген № 280/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 280/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ 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)
Қазақстан Республикасы (Республика Казахстан)	1	
Облыс, қала (область, город)	2	
Сала түрі (Вид отрасли)	3	
Объекті 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	

Осы адамды қоса алғанда бір уақытта зардап шеккендер саны Число одновременно пострадавших, влючая данное лицо	7	
Зардап шегушінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) 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 зиянды 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 қарап-тексеру кезінде (при медицинском осмотре) – 1; қаралғанда (при обращении - 2)	25	
Диагноз қойылды (Диагноз установлен): емдеу-профилактикалық ұйымында (бұдан әрі – ЕПҰ) (лечебно-профилактической организацией (далее - ЛПО)) – 1; профилактика 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 жоғалтумен (с утратой трудоспособности); 3 - қайтыс болу (смерть)	27 28	
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органы қабылдаған шаралар (Меры принятые государственным органом санитарно-эпидемиологической службы)	29	

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің лауазымды адамы (тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы)

(Должностное лицо санитарно-эпидемиологической службы, фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)_

_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
281-қосымша

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

Приложение 281
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№ ___бұйрығымен бекітілген № 281/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 281/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Инфекциялық және паразиттік ауру ошағын эпидемиологиялық зерттеп-қарау №_____ картасы

Карта эпидемиологического обследования очага инфекционного и паразитарного заболевания №_____

1. Науқас адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного человека)_____
_____

2. Жынысы (Пол)_____ науқас жергілікті (больной местный), сырттан келген (приезжий) _____
_____

3. Туған күні, пациенттің ЖСН-і (Дата рождения, ИИН пациента) _____ _____ толық жасы (число полных лет) _____ _____

4. Мекенжайы (Домашний адрес)_____ _____

5. Жұмыс, оқу орны, мектепке дейінгі балалар ұйымы (бұдан әрі - МДБҰ) (Место работы, учебы, детской дошкольной организации (далее -ДДО))_____ _____

6. Кәсібі (Род занятий) _____ _____

7. Жұмыс, оқу орнына, МДҰ-на соңғы рет барған күні (Дата последнего посещения места работы, учебы, ДО)_____ _____

8. Медициналық ұйым (бұдан әрі - МҰ), шұғыл хабарламаның түскен күні, уақыты (Медицинская организация (далее-МО), дата, время поступления экстренного извещения) _____ _____

9. АХК-10 бойынша алғашқы диагноз (Первичный диагноз по МКБ-10) _____ _____

_____ _____

10. Аурудың клиникалық белгілері (Клинические симптомы болезни) _____ _____

_____ _____

11. Науқас диагностикалық мақсатта анықталды (Больной выявлен с диагностической целью): дәрігерге қаралғанда (при обращении), кәсіптік зерттеп-тексеру кезінде (профессиональном обследовании), эпидемиологиялық көрсетілімдер 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 күні (госпитализации)_____

14. Жатқызылған орны (Место госпитализации) _____ _____

15. Ауруханаға жатқызбау себебі (Не госпитализирован по причине)_____
___
_____
_____

16. Сауыққан 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 зерттеп-қарау 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 мәліметтер (күндерін көрсетіңіз)(Сведения о вакцинации заболевшего против данной инфекции (указать дни)) _____
_____

19. Иммундаудың болмау 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. Жұқтырылуы мүмкін орын, оған ықпал еткен жағдайлар мен шарттар (Предполагаемое место заражения, обстоятельства и условия способствующие этому):

	Мән-жайлар 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 құбырларындағы, кәріздегі авария (Аварии на водопроводе, канализации)		
Басқалары (жазыңыз) (Другие (вписать))		

22. Инфекцияның көзі болып табылуы мүмкін адамдар (Лица, которые могли явиться источником инфекции)

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))	**Пациенттің ЖСН-і (ИИН пациента)**	**Қарым-қатынас сипаты (Характер отношений)**	**Араласқан орны (Место общения)**	**Тексеру нәтижесі (Результат обследования)**

23. Инфекцияның ықтимал 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 мән-жайлар (Обстоятельства, способствующие заражению)**

24. Тұрғылықты жері бойынша ошақта жүргізілген іс-шаралар (мекенжайы)
(Мероприятия в очаге по месту жительства (адрес))_____

_____

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болғ			**Қарым-қатынаста болған адамд**			**Анықталған науқастар ,**	**Егілген, фаг алған (**	

ан жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))	Туған күні (Дата рождения)	Туыстық дәрежесі (Степень родства)	ардың егу мәртебесі (Прививочный статус контактных лиц)	Жұмыс орны (Место работы)	Тексерілген күні (Дата обследования)	бактерия тасымалдаушылар (Выявлено больных, бактерио-носителей)	күндері, препарат) (Привито, профагировано (даты, препарат))	Дезинфекциялау түрі, күні (Тип дезинфекции, дата)

25. Жұмыс, оқу орнындағы ошақта жүргізілген іс-шаралар (мекенжайы)
(Мероприятия в очаге по месту работы, учебы (адрес))

Ұжымның атауы (Наименование коллектива)	Қарым-қатынаста болғандар саны (Число контактных)	Зертханалық жолмен зерттеп-қаралды (күні, саны) (Обследовано лабораторно (дата, количество))	Анықталған науқастар, бактерия тасымалдаушылар (Выявлено больных, бактерионосителей)	Егілген, фагалған (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), қонақүй (гостиница), басқалары (прочие)_____
_____

27. Сумен жабдықтау 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. Лас қалдықтарды жинау және шығару түрлері (Вид сбора и удаления нечистот): кәріз, тазаланатын шұңқыр (выгребная яма), ауладағы дәретхана (надворный туалет), басқасы (другое) _____

29. Осы инфекциялық аурудың пайда болуында басқа факторлардың маңызы (Значение других факторов в возникновении данного инфекционного заболевания) _____
_____

_____

30. Тұрғылықты жердегі ошақта сыртқы ортадан алынған материалдарды зертханалық зерттеулер (Лабораторные исследования материалов из внешней среды в очаге по месту жительства):

Күні (Дата)	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Үлгілер саны (Число образцов)	Зерттеу мақсаты (Цель исследования)	Нәтиже және оның берілген күні (Результат и дата выдачи)

Жұмыс, оқу, тәрбиелеу, демалу, емдеу және тағы басқа орын бойынша (По месту работы, учебы, воспитания, отдыха, лечения и так далее)

31. Науқас болған объектінің және оның құрылымдық бөлімшесінің (цехтың, сыныптың, топтың) атауы (Наименование объекта, его структурного подразделения (цеха, класса, группы)), в котором находился больной _____

_____

сумен жабдықтау (водообеспечение) _____

_____

кәріз _____

_

санитариялық ұсталуы (санитарное содержание) _____

_____

тамақтану жағдайлары (условия питания) _____

____

эпидемиологиялық көрсеткіштер бойынша осы объектіде қабылданған шаралар (меры, принятые на данном объекте по эпидемиологическим показаниям) _____

_____

_____

_____

32. Жұмыс/оқу орны бойынша ошақтағы сыртқы ортадан 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 тергеп-тексерудің санитариялық-эпидемиологиялық қорытындысы (Санитарно-эпидемиологическое заключение санитарно-эпидемиологического расследования)

33. АХК-10 бойынша түпкілікті 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) Қазақстан Республикасы (Республика Казахстан), облыс (область), аудан (район), қала (город),елді мекен (населенный пункт) _____

38. Инфекцияны жұқтырған орын (Место заражения): тұрғылықты 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-тамшы, трансмиссивті және басқа жолмен (водный, пищевой, воздушно-капельный,трансмиссивный и другие)_____
_____

41. Инфекцияны жұқтыруға ықпал еткен жағдайлар: инфекция көзін (науқасты, бактерия тасымалдаушыны) уақтылы анықтамау және оқшауламау, науқаста осы инфекцияға қарсы екпелердің болмауы, жеке гигиенаны сақтау үшін жағдайлардың болмауы, сапасыз ауыз су, шомылу, су құбырындағы, кәріз желісіндегі авария, анықталған жоқ, басқа жағдайлар (Условия, способствующие заражению: несвоевременное выявление и изоляция источника инфекции (больного человека, бактерионосителя), отсутствие прививок у больного человека 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 тергеп-тексеру жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность, подпись проводившего эпидемиологическое расследование) _____
_____

Бөлім бастығының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись начальника отдела)_____
_____

_____
_____

Эпидемиологиялық карта тапсырылған күн. Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет органы осы жағдайды № 1 есептік статистикалық нысанда н 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 жағдайларға эпидемиологиялық тергеп-тексеру картасы толтырылады және мұндай жағдайлар № 1 (инфекциялық және паразиттік аурулар туралы есеп) нысанда 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 (ол болған жағдайда), лауазымы Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность исполнителя _____
_____

_____
_____

қолы (подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
282-қосымша

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

Приложение 282
к приказу
Министра здравоохранения

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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 282/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 282/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ года №_____

Зоонозды ауру 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) _____
_____
_____ ветеринариялық ұйымға (в ветеринарную организацию)

б)_____ аумақтық мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органына (территориальный орган государственного санитарно-эпидемиологического надзора) _____
_____
_____
_____

4. Адамның ауырғаны туралы хабарлама алынған күн (Дата получения сообщения о заболевании человека):

_____ ДСБ (УЗ), _____ ветеринариялық 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 осы ауруының анықталған күні (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 Крупный рогатый скот	Ұсақ мал Мелкий рогатый скот	Жылқылар Лошади	Шошқалар Свинь	Басқа ауыл шаруашылығы малдары Другие сельскохозяйственные животные	Иттер Собаки	Мысықтар Кошки	Қасқырлар Волки	Түлкілер Лисицы	Жанат тәрізділер Енотовидные собаки	Басқа жабайы жыртқыштар Другие дикие хищники	Жабайы тұяқтылар Дикие копытные	Кеміргіштер Грызуны	Анықталмағандар Неустановленные
Жеке (1) Личные														
Жалпы(2) Общие														

Жабайы (3) Дикие														

Иесінің мекенжайы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (адрес, Ф.И.О. (при его 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 сауалнама деректері бойынша По данным опроса населения						**Эпизоотологиялық тексеру деректері бойынша По данным эпизоотологического обследования**							
Осы инфекция бойынша энзоотиялық аумақ (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 ауруын 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 сынамалар 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 алғанда) (Число лиц, имевших возможность заразится (включая заболевших))_____ _____

16. Оның ішінде өндірістік жағдайларда (В том числе в производственных условиях)_____

_____ _____

17. Оның ішінде өздері келіп қаралғандар (в том числе обратились самостоятельно) _____

_____ _____

18. Оның ішінде белсенді түрде анықталғандар (в том числе 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 жағдайларда ауруды жұқтыруы мүмкін адамдарды бақылау (Наблюдение за лицами, имеющими возможность заразиться в тех же условиях)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)(	Жынысы (Пол)	Туған күні (Дата рождения)	Үй мекен жайы (Домашний адрес)	Жұмыс орны, кәсібі (Место работы, род занятий)	Күні Дата		Болжамды жұқтыру күні, орны, жағдайы (Дата, место, условия возможного заражения)
						Жүгіну (Обращения)	Анықталу (Выявления)	

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Осы инфекцияға қарсы алдында жүргізілген иммундау күні (Дата предшествовавшей иммунизации против данной инфекции)	Шұғыл профилактика, антирабиялық емдеу (күні, препарат, сериясы, схемасы) 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)	Қарым-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 (эпиэоотиялық көрсетілімдер бойынша) (Профилактические прививки (по эпизоотическим показаниям))			

Қараусыз қалған жануарларды аулау (Отлов безнадзорных животных)					
Жабайы аңдарды ату (Отстрел диких животных)					
Дератизация, м2		Табиғи ошақта (В природном очаге)			
		Өндірісте (На производстве)			
		Тұрмыста (В быту)			
Зерттеу (Исследование)					
Оқшаулау (Изоляция)					
Союға өткізу (Сдача на убой)					
Емдеу (Лечение)					
Іс-шаралар жүргізілмеді (Мероприятия не проводились)					
	Саны (Количество)	Күні (Дата)	Әдісі, құралдары (жою, өңдеу, дезинфекциялау, дезинсекциялау-жазыңыз) (Способ, средства (уничтожение, переработка, дезинфекция, дезинсекция - вписать))	Жүргізу орны (Место проведения)	Орындалуын бақылау және нәтиже (Контроль исполнения и результат)
Ет және ет өнімдері (Мясо и мясные продукты)					
Сүт және сүт өнімдері (Молоко и молочные продукты)					
Басқа да тамақ өнімдері (Другие продукты питания)					
Мал шаруашылығы шикізаттары мен одан жасалатын бұйымдар					

(Животноводческое сырье и изделия из него)					
Су (Вода)					
Қи, 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 залалсыздандыру бойынша шаралар (Меры по обезвреживанию факторов передачи инфекции)

24. Ошақты жою жөніндегі 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**
			Дезинфекция	Дезинсекция	Дератизация	
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 (ол болған жағдайда), қолы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) подпись врача эпизоотолога)_____ _____

Дәрігер-эпидемиологтың тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Фамилия, имя,

Отчество (при его наличии), 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 (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))_____

_____ _____

5. Мекенжайы (Домашний адрес), елді мекен (населенный пункт) _____ қала (город), ауыл (село) _____ _____

6. Жасы (Возраст) _____ _____

7. Жынысы (Пол) _____ _____

8. Қысқаша эпидемиологиялық анамнез, болжамды жұқтыру 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): кәсіптік тексеру (профессиональном обследовании) (1), эпидемиологиялық көрсетілімдер 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) к үні мен орны (Дата и место обращения (выявления))	18. Ауруханаға жатқызылға н күні (Дата госпитализац ии)	19. Шұғыл ха барлама жібер уге себеп болған диагнозды ң қойылған кү ні (Дата установления диагноза, по поводу которого	20. Қорытынд ы диагноз қой ылған күн (Дата становления окончательно го диагноза)	21. Ауруханад ан шыққан кү ні (жазылып) (1), (қайтыс б олды) (2) (Дата выписки из стационара (

				прислано экстренное извещение)		**выздоровление) (1), (смерти) (2))**

22. Ауруханаға жатқызылған орны, көлік (Место госпитализации, транспорт)_____ _____

_____ _____

23. Үйінде қалдырылды (себебі) (Оставлен на дому (причина)): клиникалық көрсетілімдердің 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 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 көрсетілімдердің болмауына байланысты, медициналық қарсы көрсетілімдер бойынша, 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 схеманың бұзылуымен (в том числе с нарушением схемы) (3)

29. Шұғыл профилактика немесе құтырмаға қарсы көмек көрсетілгені туралы деректер (Данные об экстренной профилактике или антирабической помощи): күні (дата), препарат, дозасы (доза)_____ ____ сериясы (серия)_____

_____ _____

жүргізілмеген немесе схемасы бұзылған жағдайда себебін көрсетіңіз:

бас тарту, медициналық қарсы көрсетілімдер, өз бетімен тоқтату, 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 / шаруашылығы малдары Другие сель/ х о з . животные	Ит Собаки	Мысық Кошки
1	2	3	4	5	6	7

кестенің жалгасы (продолжение таблицы)

Қасқырлар (Волки)	Түлкілер (Лисицы)	Жанат тәрізді иттер (Енотовидные собаки)	Басқа жабайы жыртқыштар (Другие дикие хищники)	Жабайы тұяқтылар (Дикие копытные)	Кеміргіштер (Грызуны)	Анықталмағандар (Н е установленные)
8	9	10	11	12	13	14

35. Жануардың тиістілігі (Принадлежность животного): мемлекеттік ауыл шаруашылығы (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)	Тамақ өнімдерін дайындау және сақтау (Приготовления и хранение пищевых продуктов)	Тамақ өнімдерін сату (Реализация пищевых продуктов)	Жануарларды ұстау және бағу (Содержания и ухода за животными)	Малды сою, өліктерінің ішін жару, терісін сыпыру (Убоя скота, вскрытия трупов, снятия шкур)	Мал шаруашылығы шикізаты мен басқа да ауыл шаруашылығы 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)					
Ауыл шаруашылығы және басқа да жұмыс түрлерін жүргізу (Проведение сельскохозяйств	Табиғи ошақ аумағында болуы (Нахождение на территории	Жабайы және иесіз жануарлармен байланыста болуы (Контакт с дикими и	Мал төлдету науқанына қатысуы	Инфекцияланған су көздерін пайдалану	

енных и других видов работ)	природного очага)	безнадзорными животными)	(Участие в окотной компании)	(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)	**Тамақ өнімдері Продукты питания**			**Мал шаруашылығы 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. Науқас адамның тұрғылықтаы орында жүргізілетін іс-шаралар (Мероприятия в месте жительства больного человека)

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					
Дезинсекциялау Дезинсекция					
Дератизациялау Дератизация					
Басқа іс-шаралар					

Другие мероприятия					

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность исполнителя)

_____қолы (подпись)

ҚР АШМ қалалық (аудандық) аумақтық бөлімшесінің бас маманы (маманы)
Главный специалист (специалист) гор (рай) территориальногоподразделения МСХ РК

тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))_____

_____

қолы (подпись)_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
283-қосымша

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

Приложение 283
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 283/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 283/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ ___ года №_____

Туберкулездің бациллалық түрінің ошағын эпидемиологиялық зерттеп-қарау картасы
Карта эпидемиологического обследования очага бациллярной формы туберкулеза

Эпидемиологиялық нөмірі (Эпидемиологический номер) _____ Аудан (район)_____ Елді мекен (Населенный пункт)_____ ____

Шұғыл хабарламаны алған күн (Дата получения экстренного извещения _____ Көше, үй (Улица, дом)_____ Қала, ауыл (керегінің астын сызыңыз)_____ _____

Нысан бойынша (по форме) № 090/у _____ _____

Нысан бойынша (по форме) № 089/у) _____ _____

Туберкулез ошағын алғаш рет тексеру күні (қала, ауыл) (Дата первичного обследования очага туберкулеза) _____ (Город, село) (нужное подчеркнуть))

Мекенжайы: 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 (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его 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 человека 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 человека)

_____

2) Науқасқа жасалған туберкулин диагностикасы туралы мәліметтер
(Сведения о туберкулинодиагностике больного человека)

_____

3) Науқасты рентгендік-флюорографиялық тексеру туралы мәліметтер
(Сведения о рентгено-флюорообследовании больного человека)

_____

4) Науқасты бактериоскопиялық тексеру туралы мәліметтер (Сведения о бактериоскопическом обследовании больного человека)

_____

5) Туберкулезбен ауыратын науқас адамның қосымша аурулары
(Сопутствующие заболевания больного человека 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 Срок исполнения	Орындаушы Исполнитель	Орындалуы туралы белгі Отметка об исполнении	Ескертпе Примечание

Туберкулез диагнозы қойылған кезден бастап науқасты бактериоскопиялық және рентгендік-флюорографиялық тексерулер туралы деректер /Данные о бактерископическом и рентгено-флюорографическом обследовании больного человека 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

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Байланыста болған 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 рентгеноф люороскопии	Ауруды жұқтырған балаларға, жас өспі-рімдерге жүргізілген химиялық профилактика Химиопрофилактика Инфицированным детям, подросткам		Санаторлық топқа түскен күні Дата поступления в санаторную группу
			Басталуы Начало	Аяқталуы Окончание	

Ауыл шаруашылығы 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 сою ға жіберген күн Дата сдачи больного скота на убой	Ескертпе Примечание

25. Науқасқа қосымша тұрғын үй алаңы қажет пе (Требуется ли больному дополнительная жилая площадь)_____
_____

26. Мектепке дейінгі ұйымдардағы және мектеп жасындағы интернат ұйымдарындағы оқшаулауды қажет ететін балалар саны (Количество детей, нуждающихся в изоляции в дошкольных организациях и интернатные организации школьного возраста)_____

27. Науқасты бациллалық есептен шығару күні (Дата снятия больного человека с бациллярного учета)_____
_____

28. Бациллалық ошақты есептен шығару күні (Дата снятия бациллярного очага с учета)____

_____
_____

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) должность исполнителя) _____
_____

қолы (подпись) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
284-қосымша

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

Приложение 284
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 284/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 284/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ года №_____

Іш сүзегінің, А, В паратифтерінің бактерияларын тасымалдаушыны есепке алу картасы
Карта учета носителя бактерий брюшного тифа, паратифов А, В №_____

1. Тегі (Фамилия)_____ Аты (Имя)_____ Әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Отчество) (при его наличии) _____
_____

2. Туған күні (Дата рождения)_____
_____

3. Мекенжайы (Домашний адрес)_____
_____

4. Жұмыс, оқу орны (Место работы, учебы)_____
_____

5. Кәсібі (Профессия)_____
_____

6. Қысқаша анамнездік деректері (Краткие анамнестические данные): іш сүзегімен, паратифтермен қашан және қайда ауырды, ауырған жоқ (когда и где переболел брюшным тифом, паратифами, заболевание отрицает)_____
_____

7. Бактерия тасымалдаушылықтың 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. Іш сүзегінің, 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)	Фаготипі (Фаготип)

Мекенжайы ауысқанда бұл туралы қайда және кімге хабарланғанын көрсетіңіз (При перемене жительства указать, куда и кому сообщено об этом) _____
____
_____
_____

12. Бактерия тасымалдаушының тұратын үй және коммуналдық жағдайлары (пәтер, үй, жатақхана, су құбыры, кәріз және басқалар) (Жилищные и коммунальные условия проживания бактерионосителя (квартира, дом, общежитие, водопровод, канализация и др.))
_____
_____

13. Тасымалдаушыға қатысты іс-шаралар (Мероприятия в отношении носителя) түсіндіру жұмыстары, санитариялық режимді жақсарту, ағымдағы дезинфекциялау, фагтау, ауруханаға жатқызу, емдеу және басқалары күндерімен (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	фаготип фаготип	күні дата	Іш сүзегі Брюшной тиф		
						Н	О	ВИ

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность исполнителя) _____ қолы (подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
285-қосымша

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

Приложение 285
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 285/есанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 285/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ года №_____

Жануардың тістеуінен, сілекейі жұғуынан, тырнауынан зардап шегуші адамның оқиғасын эпидемиологиялық тергеп-тексеру картасы
Карта эпидемиологического расследования случая укуса, ослюнения, оцарапывания пострадавшего животным

1. Қалалық (аудандық) ДСБ (Гор (рай) УЗ)_____
_____

2. Зардап шеккен адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пострадавшего)_____
_____

3. Жасы (Возраст) _____
_____

4. Мекенжайы, (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) ДСБ шұғыл хабарламаны алған күн (Дата получения экстренного извещения, гор (рай) УЗ)_____
_____
_____
_____

10. Эпидемиологиялық тергеп-тексеру басталған күн (Дата начала эпидемиологического расследования)
_____
_____

11. Медициналық ұйымға келген күні (Дата явки в медицинскую

организацию)_____

_____

_____

12. Тістеу мән-жайы (Обстоятельства укуса)

_____

_____

13. Зақымның сипаты, оның орналасуы (Характер повреждения, его локализация)

_____

_____

_____

14. Емдеу іс-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)_____

_____

Егуді өз еркімен тоқтату (Самовольное прекращение прививок)_____

Бас тартуы (отказ)_____

Асқынулар (осложнения)_____

15. Жануар туралы мәліметтер (Сведения о животном)_____

Түрі (Вид)_____

Иесінің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) және мекенжайы (Ф.И.О (при его 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, дені сау)
(Результат наблюдения за животным
(пало, убито, неизвестно, здорово))

_____

_____

18. Құтырма клиникалық, зертханалық жолдармен анықталды (Бешенство установлено клинически, лабораторно)

_____

_____

19. Ошақта жүргізілген іс-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 (ол болған жағдайда), лауазымы
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность исполнителя

_____

қолы (подпись)_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
286-қосымша

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

Приложение 286
к приказу
Министра здравоохранения

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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 286/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 286/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ года №_____

Инфекциялық ауру ошағында ағымдағы дезинфекциялауды бақылау картасы
Карта контроля текущей дезинфекции в очаге инфекционного заболевания

1. Диагноз – алдын ала, соңғы (Диагноз – предварительный, окончательный) _____

2. Науқас адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного человека)

_____

3. Жасы (Возраст) _____ 4. Мамандығы (Профессия)

_____

5. Жұмыс, оқу орны (Место учебы, работы)

_____

6. Мекенжайы (Адрес)_____

6. Науқас сауыққанға дейін, ауруханаға жатқызуға 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) _____
_____

Дезинфекциялауға өтінім қабылданды (Заявка на дезинфекцию принята) _____
_____

ұйымның атауы (наименование организации)

Дезинфекция жүргізудің басталған күні (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)	
				Шоғырлануы төмен (Заниженных концентраций)	Шоғырлануы жоғары (Завышенных концентраций)

12. Ағымдағы дезинфекциялауды бақылау күні (Дата контроля текущей дезинфекции) _____
_____

1. Дезинфекциялау тоқтатылды (науқас аурудан жазылды, диагнозы өзгертілді, ауруханаға жатқызылды, қайтыс болды) (Дезинфекция прекращена (больной выздоровел, изменен диагноз, госпитализирован, умер)) _____
_____

Дезинфекциялауға өтінім қабылданды (Заявка на дезинфекцию принята) _____
_____

ұйымның атауы (наименование организации)

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты және қолы (Фамилия, имя, отчество и подпись исполнителя) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ___ бұйрығына
287-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
287- қосымша
Приложение 287
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 287/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 287/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ года №_____

Медициналық және басқа да ұйымдарда ағымдағы дезинфекциялауды 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. Мекенжайы (Адрес): _____
көше, үйінің № (улица, дом №) _____ телефон_____
Шаруашылық жүргізуші субъектінің немесе оның құрылымдық бөлімшесінің толық атауы
(Полное наименование хозяйствующего субъекта или его структурного подразделения) _____
_____
2. Су құбырымен, кәрізбен, газбен қамтамасыз ету
(астын сызыңыз) (Обеспеченность водопроводом, канализацией,

газом подчеркнуть)) _____

Механикаландырылған, жартылай механикаландырылған, қол еңбегімен 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. Ұйым (бөлімше) басшысының Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О (при его наличии) Руководителя организации (отделения))

_____

4. Дезинфекциялау іс-шараларын ұйымдастыруға жауапты адам (Ответственный за организацию дезинфекционных мероприятий)

_____ _____

тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лаузымы (фамилия, имя, отчество (при его наличии), 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 сынамалар саны (Число отобранных проб дезрастворов)	Олардың ішінен Из них	
				Шоғырлануы төмен (Заниженной концентрации)	Шоғырлануы 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 (ол болған жағдайда)) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) исполнителя)		
7	8		9		

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
288-қосымша

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

Приложение 288
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 288/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 288/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Дезинсекциялауға, дератизациялауға берілетін наряд
Наряд на дезинсекцию, дератизацию №_____

1. Шаруашылық жүргізуші объектінің толық атауы (Полное наименование хозяйствующего объекта)_____

2. Мекенжайы (Адрес) _____

3. Жәндіктің, кеміргіштің түрі (Вид насекомого, грызуна)_____

4. Алаңда шарт немесе өтінім бойынша дезинсекциялау, дератизациялау орындалды (Выполнена дезинсекция, дератизация по договору или

заявке на площади) _____м2

5. Өңдеу күні (Дата обработки) _____
_

6. Дезинфекциялауға өтінім қабылданды (Заявка на дезинфекцию принята)

ұйымның атауы (наименование организации) _____

Өңделген заттар, үй-жайлар, аумақтар (Обработаны вещи, помещения, территории)	**Жұмсалған инсектицидтер, ратицидтер (Расход инсектицидов, ратициды)**	
	Атауы (Наименование)	Саны (кг) (Количество (кг))
1	2	3

Дезинсекциялауды, дератизациялауды орындаған адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда),

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии), лица выполнявшего дезинсекцию, дератизацию)_

_____

Қолы (Подпись) _____
___

Жұмыс орындалды, наразылық жоқ (Работа выполнена, претензий нет) _____
___

Тапсырыс беруші өкілінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) мен қолы

(Фамилия,имя, отчество (при его наличии) и подпись ответственного представителя заказчика)

_____ Қолы (подпись) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
289-қосымша

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

Приложение 289
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____**

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**жылғы "___" _____ №_____ _ бұйрығымен бекітілген № 289/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 289/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ __ года №_____

Қорытынды дезинфекциялауға берілетін наряд
Наряд на заключительную дезинфекцию

№____(от) "__"_____20___ ж. (г.) ____сағ. (час) ___мин

Дезинфекциялауға өтінім қабылданды (Заявка на дезинфекцию принята) ұйымның атауы (наименование организации) _____ _____ Науқас адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия , имя, отчество (при его наличии) больного человека)_____ жасы (возраст)_____ _____ Мекенжайы (Адрес)_____ _____ Диагнозы (Диагноз)_____ _____ Емдеуге жатқызылды (Госпитализация состоялась) 20___ ж.(г.) __ ___сағ. (час) _____мин Үйде қалдырылды (оставлен дома)_____ _____

Дезинфекциялауға наряд тапсырылды (Наряд на дезинфекцию вручен) 20____ ж.(г.) ____сағ. (час)____мин. Қорытынды дезинфекция жүргізуге негіздеме (НҚ) (Основание проведения заключительной дезинфекции (НД): _____ _____ Дезинфекциялау нұсқаушысы (Дезинструктор)_____ Дезинфекциялаушы (Дезинфектор)_____ Диспетчер_____ _____ Нарядтың орындалуы (Выполнение наряда)

Дезинфекциялау басталды (дезинфекция начата) 20____ ж.(г.) "____" "_____" (добавить) ____сағ. (час)____мин. Аяқталды (окончена) 20____ ж.(г.) "____" "_____" _ ____сағ. (час)_____ мин.

Дезинфекциялаудың жүргізілмеуі немесе кеш орындалуының себебі (Причины не состоявшейся или поздней дезинфекции): _____ _____

Объектілер тізбесі	**Өлшем бірлігі**	**Орындалды**	**Жұмсалған дезинфекциялау заттарының атауы**	

(Перечень объектов)	(Единица измерения)	(Выполнено)	(Наименование израсходованых дезинфицирующих средств)	Мөлшері, кг (Количество в кг.)
Үй-жай беттерінің шаршы метрін дезинфекциялау (еден, қабырға, қатты жиһаз), құралдар, жабдықтар (Дезинфекция кв.м. поверхностей помещений (пол, стены, жесткая мебель) приборы оборудования)	м2			
Жұмсақ беттердің шаршы метрін дезинфекциялау (кілем және басқа еден жабындары, қаптау маталары, жұмсақ жиһаз) (Дезинфекция квадратного метра мягких поверхностей (ковровые и прочие напольные покрытия, обивочные ткани, мягкая мебель))	м2			
Бөлінділермен ластанбаған іш киімді дезинфекциялау (Дезинфекция белья, незагрязненного выделениями)	кг			
Бөлінділермен ластанған іш киімді дезинфекциялау (Дезинфекция белья, загрязненное выделениями)	кг			
Тамақ қалдығы бар ыдыс жинағын дезинфекциялау (Дезинфекция комплект посуды с остатками пищи)	жинақ комплект			

Тамақ қалдығынсыз ыдыс жинағын дезинфекциялау (Дезинфекция комплект посуды без остатков пищи)	жинақ комплект			
Тамақ қалдықтарын дезинфекциялау (Дезинфекция остатков пищи)	кг			
Ойыншықтарды дезинфекциялау (Дезинфекция игрушек)	дана шт			
Жинау мүкәммалы жинағын дезинфекциялау (Дезинфекция комплекта уборочного инвентаря)	дана шт			
Түкіргішті дезинфекциялау (қақырықпен) (Дезинфекция плевательницы (с мокротой))	дана шт			
Түкіргішті дезинфекциялау (қақырықсыз) (Дезинфекция плевательницы (без мокроты))	дана шт			
Жеке гигиена заттарын дезинфекциялау (Дезинфекция предметов личной гигиены)	дана шт			
Науқастарды күту заттарын дезинфекциялау (Дезинфекция предмета ухода за больным)	дана шт			
Санитариялық-техникалық жабдықтарды дезинфекциялау	дана шт			

(Дезинфекция санитарно-техничес кого оборудования)				
Күрелген қоқыс төгетін орды дезинфекциялау (Дезинфекция выгребной ямы)	м3			
Резеңке кілемшені дезинфекциялау (Дезинфекция резиновых ковриков)	дана шт			
Аулалық дәретхананы дезинфекциялау (Дезинфекция надворного туалета)	м2			
Арнайы киімдерді дезинфекциялау (Дезинфекция спец одежды)	дана шт			
Арнайы автокөлікті өндеу (Обработка спецавтотранспорта)	дана шт			
Төсек орындарын дезинсекциясы Дезинсекция постельных принадлежностей	кг			
Үй-жайларды дезинсекциялау Дезинсекция помещений	м2			
Үй-жайларды дератизациялау Дератизация помещений	м2			

Камералық дезинфекциялау үшін заттар саны (Количество вещей для камерной дезинфекции) кг.

_____

Санитариялық өңделуге жататын (Подлежат санитарной обработке) _____адамдар (человек) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
290-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
290- қосымша
Приложение 290
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 290/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 290/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Иммундық-ферменттік талдау нәтижесі
Результат иммуноферментного анализа №_____

"____" _____ 20___ж. (г.)

Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда),
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)_____
_____

2. Жасы (Возраст)_____
____

3. Үйінің мекенжайы (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 шарттары (Условия транспортировки)_____

_____

12. Тексеру мақсаты (Цель обследования) _____

_____

13. Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований):

14. Қоздырғышқа антиденелер (антитела к возбудителю)_____

_____

15. Зерттеу әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)_____

_____

16. Антигендер (антигены)_____

_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность, ЭЦП специалиста, проводившего исследование).	_____ ____ _____ _____
Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда), Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП).	_____ _____

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуға жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
291-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
291- қосымша
Приложение 291
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 291/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 291/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Адамдардан алынған материалдарды бактериологиялық зерттеу және микробтарға қарсы қолданылатын препараттарға сезімталдықты анықтау нәтижесі
Результат бактериологических исследований материала от людей и определения чувствительности к антимикробным препаратам

№_____ "____" _____ 20___ж. (г.)

1. Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого) _____

2. ЖСН (ИИН) _____ Жасы (Возраст)_____

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

___

4. Жұмыс орны (Место работы)_____

_

5. Диагнозы (Диагноз)_____

_

6. Үлгіні жіберген мекеменің 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)_____
_

№	Бөлініп алынған өсіндінің (Выделенная культура)	Микробқа қарсы препараттардың атаулары (Наименование антимикробных препаратов)	Өсудің тежелу аймағының диаметрі (мм) (Диаметр зоны задержки роста) (мм)	Сезімтал (Чувствительный) (S)	Сезімталдығы орташа (Умеренно резистентный) (I)	Резистенті (Резистентный (R)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)
1	2	3	4	5	6	7	8

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность, ЭЦП специалиста, проводившего исследование).	_____ _____
Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда), Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП).	_____

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуға жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
292-қосымша

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

Приложение 292
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 292/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 292/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Адамдардан алынған материалдарды серологиялық зерттеулер нәтижесі
Результат серологических исследований материала от людей

№_____ "____" _____ 20___ж. (г.)

1. Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда),
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)_____
_____

2. Жасы (Возраст)_____
_____

3. Үйінің мекенжайы (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 немесе 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. Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний) _____
_____

13. Қоздырғыштарға антиденелерді анықтау кезіндегі 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) Бруцеллез (Бруцеллез) _____
_____

9) Хедльсон реакциясы (Реакция Хедльсона) _____
_____

10) Райт реакциясы (Реакция Райта)_____
_____

11) РБП _____
_____

12) КБР (РСК)_____)_____
_____

13) Күйдіргі (Сибирская язва) _____
_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. **(Ф.И.О. (при его наличии), должность, ЭЦП специалиста, проводившего исследование).**	_____ _____
Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда), Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП).	_____ _____

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуға жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
293-қосымша

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

Приложение 293
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 293/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 293/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Микробтарға қарсы препараттарға сезімталдықты анықтау нәтижесі
Результат определения чувствительности к антимикробным препаратам

№_____ от "____" _____ 20___ж. (г.)

1. Үлгіні жолдаған мекемелердің атауы (Наименование учреждений направивший образец)_____

___

2. Сынама атауы (Наименование пробы)_____

___

3. Жарамдылық мерзімі (сроки годности)_____

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

___

5. Материалды алу күні және уақыты (Дата и время забора материала)_____

____

6. Тексеру мақсаты (Цель обследования)

_____

____

7.Зерттеу/сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод исследования/испытаний) _____

_____

Зерттеу нәтижесі
(Результат исследования)

№	**Бөлінген өсіріндіВыделенная культура**	**Микробтарға қарсы қолданылатын препараттардың атауы Наименование антимикробных препаратов**	**Препараттарға сезімталдықты анықтау Определение чувствительности к препаратам**			
			Өсудің тежелу аймағының диаметрі(мм) Диаметр зоны задержки роста (мм)	Сезімталды Чувствительный	Сезімталдығы орташа Умеренно чувствительный	Төзімді Устойчив
1	2	3	4	5	6	7
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность, ЭЦП						

специалиста, проводившего исследование).	_____ _____
Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда), Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП).	_____

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
294-қосымша

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

Приложение 294
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 294/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 294/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Полимераздық тізбекті реакция нәтижесі
Результат полимеразной цепной реакции

Сынама нөмірі №_____ (жылғы)
Номер пробы№____ от_____ (г.)

1. Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)
(Фамилия, имя, отчество обследуемого (при его наличии))_____
_____

2. ЖСН (ИИН)_____
_____

3. Жасы (Возраст) _____
_____

4. Үйінің 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 шарттары (Условия транспортировки)_____
_____

12. Тексеру мақсаты (Цель обследования)_____
_____

13. Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований):
/ПТР/инфекцияның түрін көрсету ПЦР на /указать вид инфекции _____
_____

14. Зерттеу НҚ-ға сәйкестікке жүргізілді
(Исследование проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность, ЭЦП специалиста, проводившего исследование).	_____ ____ _____ _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда), Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП).	_____

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
295-қосымша

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

Приложение 295
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 295/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 295/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Санитариялық-эпидемиологиялық қорытынды
Санитарно-эпидемиологическое заключение №_____

"_____" _____20___ ж. (г.)

1. Санитариялық-эпидемиологиялық сараптау (Санитарно-эпидемиологическая экспертиза)

_____

("Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 20-бабына сәйкес санитариялық-эпидемиологиялық

сараптама жүргізілетін объектінің толық атауы)_____
_____

_____
_____

(Полное наименование объекта санитарно-эпидемиологической экспертизы, в соответствии со статьей 20 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения") Жүргізілді (Проведена) _____
_____ өтініш, нұсқама, 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 саласы (Область применения объекта санитарно-эпидемиологической экспертизы) ____
_____
_

_____
_____

сала, қызмет түрі, 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 объектісінің толық санитариялық-гигиеналық сипаттамасы және оны бағалау (көрсетілетін қызметке, процеске, жағдайға, технологияға, өндіріске, өнімге) (Полная санитарно-гигиеническая характеристика и оценка объекта экспертизы (услуг, процессов, условий, технологий, производств, продукции)_____
_ _____
_____
_____
_____
9. Құрылыс салуға бөлінген жер учаскесінің, реконструкцияланатын объектінің сипаттамасы (өлшемдері, ауданы, топырағының түрі, учаскенің бұрын пайдаланылуы, жерасты суларының тұру биіктігі, батпақтанудың болуы, желдің басым бағыттары, санитариялық-қорғау аумағының өлшемдері, сумен жабдықтау, кәріз, жылумен жабдықтау мүмкіндігі және қоршаған орта мен халықтың денсаулығына 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 бас жоспардың, сызбалардың, фотосуреттердің

көшірмелері

(Протоколы лабораторных и лабораторно-инструментальных исследований и испытаний, а также выкопировки из генеральных планов, чертежей, фото) _____ _____

_____ _____

Санитариялық-эпидемиологиялық қорытынды

(Санитарно-эпидемиологическое заключение)

_____ _____

("Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодекстың 20-бабына сәйкес санитариялық- эпидемиологиялық сараптама объектісінің толық атауы)

(Полное наименование объекта санитарно-эпидемиологической экспертизы, в соответствии со статьей 20 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения")

_____ _____ (санитариялық-эпидемиологиялық сараптама негізінде) (на основании санитарно-эпидемиологической экспертизы) _____ _____

Санитариялық қағидалар мен гигиеналық нормативтерге (Санитарным правилам и гигиеническим нормативам) сәйкес келеді (соответствует)_____ _

Ұсыныстар (Предложения) _____ _____

("Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодекстың негізінде осы санитариялық-эпидемиологиялық қорытындының міндетті күші бар.) (На основании Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" настоящее санитарно-эпидемиологическое заключение имеет обязательную силу)

Мөр орны (Бас мемлекеттік санитариялық дәрігер (орынбасары) _____ __ _____ _____ тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) қолы)

Место печати (Главный государственный санитарный врач (заместитель))_____ _____ _____ _____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
296-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
296- қосымша
Приложение 296
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 296/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 296/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Жұмыскерде кәсіптік аурудың (уланудың) 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):_____
Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его 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 үзақтығы, 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. (ол болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О (при его наличии), должность)
"____" ____ 20___ ж.г.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
297-қосымша

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

Приложение 297
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 297/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 297/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Наряд бойынша дезинфекциялау жүргізу туралы анықтама №____
Справка о проведении дезинфекции по наряду № _____

(от) "__" _____ күні 20__ ж. (г.) сағ. (час) ____ мин ____

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

_____
__

Жасы (Возраст) _____
__

Мекенжайы (Адрес) _____
__

Диагнозы (Диагноз) _____
____

Дезинфекциялау жүргізген адам (Дезинфекцию проводил) _____
____

_____
____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Қолы (Подпись)_____
____

Пәтер иесінің наразылығы жоқ,_____ сағ. (час) _____ мин. жадынамамен таныстырылды.

(Владелец квартиры претензий не имеет,_____

____

с памяткой ознакомлен)

Пәтер иесінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда),

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) владельца квартиры)

_____

____

_____ Қолы (Подпись) _____

____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
298-қосымша

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

Приложение 298
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 298/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 298/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Заттарға берілетін түбіртек
Квитанция на вещи №_____

_____

_____

Наряд бойынша (По наряду) № _____
___

Тұлғадан қабылданды (Приняты от физического лица)_____
_____

Мекенжайы (Адрес) _____
_____

Дезинфекциялау себептері (Для дезинфекции по поводу) _____
_____

Қорытынды дезинфекция жүргізуге негіздеме (НҚ) (Основание проведения заключительной дезинфекции (НД) _____
___

№	Заттардың атауы (Наименование вещей)	Мөлшері (Количество)
1		
2		

"__" _____ 20___ ж.(г.) заттар дезинфекциялауға тапсырылды
(вещи сдал в дезинфекцию) _____
__

_____
_____

тұлғаның қолы (подпись физического лица)

Заттарды камералық дезинфекциялауға қабылдады (Вещи для камерной дезинфекции принял) _____
_____

_____
_____

Дезинфекциялаушының қолы (подпись дезинфектора)

Наразылығым жоқ (Претензий не имею) _____
_____

Заттарды алғаны туралы иесінің қолы (Подпись владельца о получении вещей)____
_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
299-қосымша

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

Приложение 299

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

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 299/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 299/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

№_____су қоймасының 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. Тұрғын үй құрылысынан арақашықтық (Расстояние от построек жилых)_____
_____м,

мал шаруашылығынан (животноводческих)_____м

5. Су қоймасының карта-схемасы (суреті паспорттың артқы 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 қоймасы жағалауындағы тереңдік (Глубина водоема у берега)_____
_____

ортасындағы (в середине)_____
_____

Су қоймасының қоректену көзі (Источник питания водоема)_____
_____

_____
_____

Өсімдік сипаты (Характер растительности)_____
_____

Су өсімдігі басқан аудан (%-бен) (Площадь, покрытая водной растительностью (в %)_____

7. Тексеру және өңдеу үшін қолжетімділік (Доступность для обследования и обработки)____

_____
_____

8. Анофелогенді су қоймасы: ИӘ, ЖОҚ (Водоем анофелогенный: ДА, НЕТ) _____
_____

Анофелогенді ауданы (Анофелогенная площадь) _____
_____

Тексеру күні Дата обследования	**Су қоймасының ауданы Площадь водоема**		**Дәрнесілдердің түрлік құрамы Видовой состав личинок**	**Сынақ әдісіне НҚ НД на метод испытаний**	**Ұсынылатын іс-шаралар Рекомендуемые мероприятия**			
	Жалпы Общая	Анофелогенді Анофелогенная			Санитариялық-гидротехникалық (тазалау, кептіру) Санитарно-гидротехнические (осушение, расчистка)	Биологиялық (гамбузирлеу, басқа да биологиялық агенттер) Биологические (гамбузирование, др. биологические агенты)	Химиялық (инсектицидтер, даминги биторлары) Химические (инсектициды, ингибиторы развития)	Физикалық (мұнай өнімдеріЖМС және ЖМҚ) Физические (нефтепродукты, ВЖС и ВЖК)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Паразитолог _____

Энтомолог _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ___ бұйрығына
300-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
300-қосымша
Приложение 300
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
от "____" _____ 20____ года
№ ___
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 300/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 300/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Аса қауіпті инфекцияларды тасымалдаушы иксод кенелерінің болуына аумақты барлап зерттеп-қарау нәтижелерін есепке алудың жиынтық тізімдемесі
Сводная ведомость учета результатов рекогносцировочных обследований территорий на наличие иксодовых клещей-переносчиков особо опасных инфекций

20____ ж. (г.)

	Аумақтың ландшафтты сипаты **(Ландшафтная характеристика территории)**	**Кезеңдер түрі**	**Материалды алу орны (әкімшілік ауданның атауы мен тексеру нүктесі)** **(Место добычи материала (название администрати**	**Жиналған кенелер (Собрано клещей)**		
				Барлығы (Всего)	Кенелердің түрі (Виды клещей)	%

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)		**(ашық, жабық) (Тип стадии (открытый, закрытый))**	**вного района и точка обследования))**			
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы/ Продолжение таблицы

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)	ПТР ПЦР,%	Бөлінген өсірінділер/ % (Выделено культур, %)
8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
301-қосымша

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

Приложение 301
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 301/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық		Медицинская документация Форма № 301/у

саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің органына келу туралы хабардар ету (хабарлама)
Уведомление (извещение) о явке в государственный орган санитарно-эпидемиологической службы

_____
_____ Іс жүргізуге қатысушының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии) участника производства)

"Әкімшілік құқық бұзушылық туралы" Қазақстан Республикасы кодексінің _____ бабына сәйкес (ӘҚБК 744, 816-баптары) Сізге (В соответствии со статьей _____ Кодекса Республики Казахстан "Об административных правонарушениях" (ст.744, 816 КоАП) Вам необходимо явиться в) _____
_____ _____
_____, мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет органының атауын көрсету (указать наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы)

мына мекенжайға келуге тиіссіз: (по адресу) _____
_____

20_____ж. _____ " " _____ сағат ____мин____. №____ кабинет ("__" _____20__ ___ года к часам ____ мин. ___ в кабинет № _____) әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттаманы толтыру және түсініктеме беру/әкімшілік құқық бұзушылық туралы істі қарау үшін (қажеттісін сызып көрсету керек) келуіңіз қажет (для составления протокола об административном правонарушении и дачи объяснений/для рассмотрения дела об административном правонарушении (нужное подчеркнуть)).

Егер Сіз шақыртуға себепсіз келмесеңіз, ӘҚБтК-ның 744-бабы 4-тармағының, 790-бабы 1-тармағының ережелеріне сәйкес Сізді ішкі істер органдары әкелуі мүмкін (В случае неявки по вызову без уважительных причин, в соответствии с положением части 4 статьи 744, части 1 статьи 790 КоАП, Вы можете быть подвергнуты приводу органами внутренних дел).

Мынадай: адамның келу мүмкіндігінен айырған сырқаты, жақын туыстарының қайтыс болуы, дүлей зілзалалар, адамды белгіленген мерзімде келу мүмкіндігінен айыратын өзге де себептер шақыру туралы тиісінше хабардар етілген адамның келмеуінің дәлелді себептері танылады. Өзіне қатысты әкімшілік іс бойынша іс жүргізіліп жатқан жеке тұлға не заңды тұлғаның өкілі, әкімшілік жауаптылыққа

тартылатын кәмелетке толмаған адамның заңды өкілі шақыру бойынша белгіленген мерзімде келуге кедергі келтіретін дәлелді себептердің бар екендігі туралы өздерін шақырған органды хабардар етуге міндетті.

Уважительными причинами неявки лица, надлежаще извещенного о вызове, признаются: болезнь, лишающая возможности лицо явиться, смерть близких родственников, стихийные бедствия, иные причины, лишающие лицо возможности явиться в назначенный срок. О наличии уважительных причин, препятствующих явке по вызову в назначенный срок, физическое лицо либо представитель юридического лица, в отношении которого ведется производство по административному делу, законный представитель несовершеннолетнего лица, привлекаемого к административной ответственности, обязаны уведомить орган, которым они вызывались.

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы, оның орынбасары, аумақтық бөлімшелерінің басшы, оның орынбасары (керегінің астын сызыңыз) (Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, его заместитель, руководитель территориальных подразделений, его заместитель (нужное подчеркнуть))

_____

_____

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы, (Ф.И.О. (при его наличии), подпись)

Хабардар ету (хабарлама) (Уведомление (извещение)) получил (а)_____

_____

_____

_____ Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, алған күні, қолы, (Ф.И.О. (при его наличии), должность, дата получения, подпись)

Хабардар етуді (хабарламаны) қабылдаудан бас тарту туралы белгі (Отметка об отказе адресата принять уведомление (извещение))_____

_____

Хабардар етуді (хабарламаны) жіберу туралы белгі (Отметка о высылке уведомления (извещения)) заказным письмом или иными средствами связи)_____

_____

күні, айы, жылы, түбіртек нөмірі және т.б. (число, месяц, год, № квитанции и др.)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
302-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
302-қосымша
Приложение 302
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 302/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 302/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

(Істің қаралатын уақыты мен орнын тағайындау туралы; іс бойынша адамдарды шақыру, қажетті қосымша материалдарды талап ету, қажет болған жағдайда сараптама тағайындау туралы; істі қарауды кейінге қалдыру туралы; егер осы істі қарау өзінің құзыретіне жатпаса не судьяға, лауазымды адамға қарсылық білдіру туралы ұйғарым шығарылса, әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттаманы және істің басқа да материалдарын ведомстволық бағыныстылығы бойынша қарауға беру туралы; ӘҚБтК-нің 812-бабына сәйкес істі мәні бойынша қарауға беру туралы) Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша процестік әрекеттер туралы анықтама

Определение о процессуальных действиях по делу об административных правонарушениях(о назначении времени и места рассмотрения дела; о вызове лиц, истребовании необходимых дополнительных материалов по делу, назначении экспертизы в случае необходимости; об отложении рассмотрения дела; о передаче протокола об административном правонарушении и других материалов дела на рассмотрение по подведомственности, если рассмотрение данного дела не относится к его компетенции либо вынесено определение об отводе судьи, должностного лица; о передаче дела для рассмотрения по существу в соответствии со статьей 812 Кодекса Республики Казахстан "Об административных правонарушениях" (далее - КоАП)).

20__ жылғы/года "_____" Іс (дело) №_____ Лауазымды тұлға - халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы, оның орынбасар, аумақтық бөлімшелерінің басшы мен оның орынбасары (Должностное лицо - руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, его заместитель, руководитель территориального подразделения, его заместитель) _____ _____ _____ _____қатысты құқық бұзушының Т.А.Ә.(ол болған жағдайда) көрсету (указать Ф.И.О.(при его наличии) правонарушителя)

ӘҚБтК _____ бабының _____ бөлігінде көзделген әкімшілік құқық бұзушылық туралы істі қарауға дайындаған кезде (при подготовке к рассмотрению дела об административном правонарушении, предусмотренного частью _____статьи _____ КоАП) (в отношении) _____ _____

Анықтады (Установил): ӘҚБтК-нің 813-бабына сәйкес анықтады/В соответствии со статьей 813 КоАП установил: _____ _____ аталған істі қарау өздерінің құзыретіне жататынын не жатпайтынын көрсету/указать относится ли к их компетенции рассмотрение данного дела

_____ _____ аталған істі лауазымды адамның қарау мүмкіндігін болғызбайтын мән-жайлар бар-жоғын көрсету/указать имеются ли обстоятельства, исключающие возможность рассмотрения данного дела должностным лицом, предусмотренные статьей 814 КоАП

_____ _____ өтінішхаттар, оның ішінде кәмелетке толмаған адамның қатысуымен болған істер бойынша істі кәмелетке толмаған адамның тұрғылықты жеріндегі сотта қарау туралы өтінішхаттар бар-жоғын көрсету/ указать имеются ли ходатайства, в том числе по делам с участием несовершеннолетнего, о рассмотрении дела в суде по месту жительства несовершеннолетнего и отводы

_____ _____ ӘҚБтК-ның 744, 745, 746, 747 және 748-баптарында аталған тұлғаларға істің қаралатын орны мен уақыты туралы хабарланғаннын не хабарланбағанын көрсету/ указать извещены ли о месте и времени рассмотрения дела лица, указанные в статьях 744, 745, 746, 747 и 748 КоАП.

Баяндалғанның негізінде, ӘҚБтК -нің 701, 812 - 814-баптарын, 816-бабының 1-бөлігін басшылыққа ала отырып (На основании изложенного, руководствуясь статьями 701, 812 - 814, частью 1 статьи 816 КоАП),

Анықтады (Определил):

_____

_____

_____

_____

_____

Өндіріске қабылдау және істің қаралатын уақыты мен орнын тағайындау; іс бойынша адамдарды шақыру, қажетті қосымша материалдарды талап ету, (қажет болған жағдайда) сараптама тағайындау; істі қарауды кейінге қалдыру туралы; (егер осы істі қарау өзінің құзыретіне жатпаса не лауазымды адамға қарсылық білдіру туралы ұйғарым шығарылса) әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттаманы және істің басқа да материалдарын ведомстволық бағыныстылығы бойынша қарауға беру туралы; ӘҚБтК-нің 812-бабына сәйкес істі мәні бойынша қарауға беру туралы (принять к производству и назначить время и место рассмотрения дела; вызвать лиц, истребовать необходимые дополнительные материалы по делу, назначить экспертизу (в случае необходимости); об отложить рассмотрение дела; передать протокол об административном правонарушении и другие материалы дела на рассмотрение по подведомственности (если рассмотрение данного дела не относится к его компетенции либо вынесено определение об отводе должностного лица); передать дело для рассмотрения по существу в соответствии со статьей 812 КоАП)

_____

_____

керектісін көрсету (указать нужное)

қатысты ӘҚБтК-нің _____бабының _____ бөлігінде көзделген әкімшілік құқық бұзушылық туралы (в отношении _____по делу об административном правонарушении, предусмотренного частью _____статьи _____ КоАП)

іс бойынша іс жүргізу тілі ретінде _____ (орыс, қазақ, басқа) анықталсын (языком производства по делу определить ____(русский, казахский, другой).

Лауазымды тұлға - халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы, оның орынбасар, аумақтық бөлімшелерінің басшы мен оның орынбасары (Должностное лицо - руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, его заместитель, руководитель территориального подразделения, его заместитель)_____

__

Т.А.Ә (ол болған жағдайда) қолы/ подпись (Ф.И.О (при его наличии))

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша өндіріс қатысушылары танысқаны туралы белгі (Отметка об ознакомлении участников производства по делу об административном правонарушении)_____ _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
303-қосымша

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

Приложение 303
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 303/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 303/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Полиомиелит немесе жіті 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					

нөмірі Эпидемиологический номер			Тергеп-тексеру күні Дата расследования		күн день	ай месяц	жыл год	
Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии)			Елді мекен атауы, мекенжайы Наименование населенного пункта, адрес					
Облыс Область			Аудан Район					
Туған жылы Дата				Туған жылы белгісіз болған жағдайда, шамамен жасын көрсетіңіз Если дата рождения не известна, то укажите				Ә Ж
	күні день	айы месяц	жылы год					

рождения				примерный возраст		жынысы пол	ЕМ
Әкесінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии) отца			Анасының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии) матери				
2. Тіркеу Регистрация							
Жағдайды тіркеу күні Дата регистрации случая				күні день	айы месяц	жылы год	
Науқас адамның ауруханаға жатқызылған күні Дата госпитализации больного человека				күні день	айы месяц	жылы год	
Медициналық ұйымның атауы Наименование				Ауру тарихы №			

медицинской организации		История болезни №		
Клиникалық диагноз Клинический диагноз		Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его 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)		иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно
Науқас жүгінген болса, медициналық ұйымның 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				
Паралич (парез) басталған күн Дата начала паралича (пареза)		күні день	айы месяц	жылы год
Науқас қайтыс болған жағдайда, қайтыс болғанын күнін көрсету Если больной умер, то указать дату смерти		күні день	айы месяц	жылы год
Егер науқас адамның анамнезінде паралич, тырысу немесе басқа неврологиялық бұзылулар – бұлшықет гипотониясы болса, көрсетіңіз Если у больного человека в анамнезе параличи, судороги или другие неврологические расстройства – мышечная гипотония, то укажите		иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно
Көрсетіңіз Укажите	Енжар паралич (жылдам дамитын) паралич вялый (быстропрогрессирующий)	иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно
	Енжар (атоникалық) вялый (атонический)	иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно
Егер паралич жіті және енжар болмаса, онда тергеп-тексеруді тоқтатыңыз. Диагнозын көрсетіңіз: Если паралич не острый и не вялый, то прекратите расследование. Укажите диагноз:				
Егер паралич жіті және енжар болса, тергеп-тексеруді жалғастырыңыз Если паралич острый и вялый, то продолжайте расследование				
Аурудың (паралич) басында дене температурасы көтерілді ме?		иә	жоқ	белгісіз

Было ли повышение температуры тела в начале заболевания (паралича)?			да		нет		неизвестно					
Паралич асимметриялық па? Паралич асимметричный?			иә да		жоқ нет		белгісіз неизвестно					
Параличтің басталуынан толық дамуына дейін қанша күн өтті? Сколько дней прошло от начала заболевания до полного развития паралича?												
Параличтің орны Место паралича:												
Сол аяқ Левая нога	иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	Тыныс алу бұлшықеті Дыхательная мускулатура	ияә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно					
Оң аяқ Правая нога	иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	Мойын бұлшықеті Мышцы шеи	иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно					
Сол қол Левая рука	иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	Бет бұлшықеті Мышцы лица	иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно					
Оң қол Правая рука	иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	Басқалары (көрсетіңіз) Другие (укажите)	иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно					
Қолдың параличі Паралич рук	проксималды проксимальный		дисталды дистальный	Екеуі де оба		жоқ нет		белгісіз неизвестно				
Аяқтың параличі Паралич ног	проксималды проксимальный		дисталды дистальный	Екеуі де оба		жоқ нет		белгісіз неизвестно				
Жүйке функциясының сезімталдығын жоғалту Утрата чувствительности функции нерва			иә да		жоқ нет		белгісіз неизвестно					
Ауруға дейін 28 күн ішінде науқас басқа елді мекендерге (елдерге) барды ма? Выезжал ли больной в другие населенные пункты (страны) в течение 28 дней до заболевания?			иә да		жоқ нет		белгісіз неизвестно					
Барған болса, көрсетіңіз Если выезжал, то укажите	бастап с				дейін до							
		күні день	айы месяц	жылы год				күні день	айы месяц	жылы год		
Қайда (ел, елді мекен) Куда (страна, населенный пункт)												

Соңғы 60 күн ішінде науқас адамның айналасында параличтің басқа жағдайлары болды ма? Были ли другие случаи параличей в окружении больного человека за последние 60 дней?	иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно
4. Егу анамнезі Прививочный анамнез			
Иммундау кезінде алынған ауыз арқылы қабылдайтын полиомиелит вакцинасы (АПВ) дозаларының саны Количество доз оральной полиомиелитной вакцины (ОПВ), полученных в ходе иммунизации	жоспарлы плановая		
	қосымша дополнительная		
Соңғы АПВ екпесінің күні Дата последней прививки ОПВ	күні день	айы месяц	жылы год
5. Нәжіс үлгілерін жинау Сбор образцов фекалия			
Нәжістің бірінші үлгісінің алынған күні Дата взятия первого образца фекалия	күні день	айы месяц	жылы год
Нәжістің екінші үлгісінің алынған күні Дата взятия второго образца фекалия	күні день	айы месяц	жылы год
Нәжіс үлгілерін вирусологиялық зертханаға жіберу күні Дата отправки образцов фекалия в вирусологическую лабораторию	күні день	айы месяц	жылы год
Эпидемиологиялық тергеп-тексеру жүргізген мамандар Специалисты, проводившие эпидемиологиологическое расследование:			
Эпидемиологтың тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии) эпидемиолога			
Клиницисттің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии) клинициста			
2-бөлім. 60 (90) күннен кейін науқас адамның жағдайын бағалау 2-часть. Оценка состояния больного человека через 60 (90) дней			

Эпидемиологиялық нөмірі Эпидемиологический номер		Тергеп-тексеру күні Дата расследования			
			күні день	айы месяц	жылы год

Науқас адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного человека		Елді мекен, мекенжай Населенный пункт, адрес					
Облыс Область		Аудан Район					
Туған күні Дата рождения				Туған күні белгісіз болған жағдайда, шамамен жасын көрсетіңіз Если дата рождения неизвестна, то укажите примерный возраст		жынысы пол	Ә Ж
	күні день	айы месяц	жылы год				Е М
60 (90) күннен кейін қарап-тексеру жүргізілді ме? Проведен ли осмотр через 60 (90) дней?					иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно
Жүргізілмеген жағдайда, себебін көрсетіңіз Если не проведен, то укажите причину					Науқас бақылаудан шықты больной выбыл из-под наблюдения		
					Науқас қайтыс болды больной умер		
Жүргізілген жағдайда параличтің (парез) болуын көрсетіңіз Если проведен, то укажите наличие параличей (парезов)					иә да	жоқ нет	басқасы другое
Науқас адамның жағдайына бағалау жүргізген медициналық ұйымның атауы Наименование медицинской организации, где проведена оценка состояния больного человека							

Бағалауды жүргізген мамандар Специалисты, проводившие оценку:	
Клиницисттің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии) клинициста	
Эпидемиологтың тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии) эпидемиолога	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
304-қосымша

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

Приложение 304
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 304/есанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 304/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Стационарлардағы сүтқоректілер санын есепке алу бойынша жұмысты есепке алу күнделігі
Дневник учета работы на стационарах по учету численности млекопитающих

Басталуы (Начат) "___"_____20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20 ж. (г.)

Күні (Дата)	Стационардың № (№ стационара)	Аулау құралдарының саны, дана (Количество орудий улова, штук)		Ұсақ сүт қоректілердің жалпы саны, бірлік (Общее количество мелких млекопитающих, единиц)	Материалды алу орны (әкімшілік ауданының атауы мен тексеру нүктесі) (Место добычи материала (Название административного района и точка обследования))	Сұр тышқандар (Полевки)			
		Торлар (Ловушки)	Қақпан (Капкан)			Табындық (Стадная)	Қызыл сібірлік (Красно Сибирская)	Экономка (Экономка)	Кәдімгі (Обыкновенная)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Су сұр тышқаны (Водяная полевка)	Ондатр (Ондатра)	Тышқандар (Мыши)					Жәндікқоректілер (жертесерлер) (Насекомоядные (бурозубки))			Сұр егеуқұйрық (Пасюк)	Атжалман (Хомяк)
		Орман тышқаны (Лесная)	Кішкентай тышқан (Малютка)	Тышқан (Мышевка)	Үй тышқаны (Домовая)	Дала тышқаны (Полевая)	Кәдімгі (Обыкновенная)	Арктикалық (Арктическая)	Кіші (Малая)		
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Күнделік жүргізуге жауапты адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при его наличии) лица ответственного за ведение дневника) _____

_____

Қолы (Подпись) _____

__

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
305-қосымша

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

Приложение 305

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ _жылғы "___" _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 305/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 305/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ___года №_____

Өнімдерді (тауарларды) сатып алу актісі
Акт закупа продукции (товаров)

(от) "____"_____20__ ж. (г.)

1. Бақылау мақсатында сатып алуды жүргізу туралы шешімнің нөмірі мен күні ____ _____

(Номер и дата решения о проведении контрольного закупа)

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

_____ _____

3. Сатып алу мақсаты (Цель закупа) _____ _

өнімнің (тауардың), өндірушінің атауы (наименование продукции (товара), производителя) _____

4. Сатып алу жүргізілген күні мен уақыты (Дата и время проведения закупа) _____ _____

5. Санитариялық–эпидемиологиялық сараптау жүргізу үшін санитариялық-эпидемиологиялық қызмет ұйымына жеткізу 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. Объектіде жарамдылық мерзімі белгіленбеген және (немесе) өтіп кеткен, айқын бұзылу белгілері бар өнімдерді (тауарларды) сатудың анықталғаны туралы ақпарат (Информация о выявлении в реализации объекта продукции (товаров) с неустановленным и (или) истекшим сроком годности, явными признаками порчи) ____
_____

8. Объектіде өндіруші белгілеген өнімді сақтау шарттарының сақталуы/ сақталмауы туралы белгі (Отметка о соблюдении (Не соблюдении на объекте условий хранения продукции, установленных производителем) _____

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

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____
_____

Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)	Алынған өнім (тауар) үлгілерінің атауы, өндіруші (Наименования отобранных образцов продукции (товара), производитель)	Алынған үлгілер саны (Количество отобранных образцов, ед.)	Үлгінің салмағы, көлемі (Вес, объем образца)	Өнім туралы сәйкестендіру мәліметтері (өндірілген күні, жарамдылық мерзімі, сериясы, партия нөмірі, т.б.). (Идентификационные сведения о продукции (дата производства, срок годности, серия, номер партии, т.д.)	Өнімнің (тауардың) сынамасының жалпы бағасы (Общая цена пробы продукции (товара))	Пломба салу барысында қаптаманың түрі (Вид упаковки при опломбировании)	Пломба нөмірі (Номер пломбы)
1	2	3	4	5	6	7	8

Сынама алу барысына қатысқан объекті өкілінің (лауазымы), Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)

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

Қолы (Подпись) _____

Үлгілерді сатып алуды жүзеге асырған адамның лауазымы Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)

(Должность, Ф.И.О. (при его наличии). лица производившего закуп образцов) _____ _____

Қолы (Подпись)_____

Өнімдер мен тауарларды сатып алу төлем құжатымен расталды

(Закуп продукции товаров подтвержден платежным документом) _____ _____

_____ _____

төлем құжатының түрі, күні, нөмірі (вид платежного документа, дата, номер)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
306-қосымша

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

Приложение 306
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№ _____бұйрығымен бекітілген № 306/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 306/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ ____ года №_____

Бақылау мақсатында сатып алуды өткізу туралы шешімдерді тіркеу журналы
Журнал регистрации решений о проведении контрольного закупа

Басталуы (Начат) "__"_____20 ___ж.(г)
Аяқталуы (Окончен) "__"_____20 ___ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Шешім шығарылған күн (Дата вынесения решения)	Шығаруға негіз (Основание вынесения)	Сатып алынатын өнімнің атауы (Наименование продукции, подлежащей закупу)	Сатып алуға уәкілетті лауазымды адамдар (Должностные лица, уполномоченные на проведение закупа)	Сатып алу нәтижесі туралы ақпарат (Отметка о результатах закупа)	Ескертпе (Примечание)
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
307-қосымша

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

Приложение 307
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 307/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере		Медицинская документация Форма № 307/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

санитарно-эпидемиологического благополучия населения		

Бақылау мақсатында сатып алудың нәтижелері туралы хабарламаларды тіркеу журналы
Журнал регистрации уведомлений о результатах контрольного закупа

Басталуы (Начат) "__"_____20 ___ж.(г)
Аяқталуы (Окончен) "__"_____20 ___ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Хабарламаның шығарылған күні (Дата вынесения уведомления)	Сатып алу жүргізілген бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі, атауы, ЖСН/БСН, мекенжайы, сатып алу күні (Субъект (объект) контроля и надзора у которого проведен закуп (Наименование, ИИН/БИН, адрес, дата закупа)	Өнімді (тауарды) сатып алу күні (Дата закупа продукции (товара))	Сатып алынған өнімнің (тауардың) атауы (Наименование закупленной продукции (товара))	Бақылау мақсатында сатып алу туралы шешімнің күні және нөмірі (Дата и номер решения о проведении контрольного закупа)	Хабарламаны дайындады (маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) лауазымы, қолы) (Уведомление подготовлено (Ф.И.О.(при его наличии), должность, подпись специалиста)	Ескертпе (Примечание)
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
308-қосымша

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

Приложение 308
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№ _____бұйрығымен бекітілген** **№ 308/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 308/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Тоқтатыла тұрған тауарлар (әкелуге уақытша тыйым салынған тауарлар) туралы хабарламаларды есепке алу журналы
Журнал учета уведомлений приостановленных товаров (временно запрещенных для ввоза товаров)

Санитариялық-карантиндік пункт (Санитарно-карантинный пункт (СКП) _____

Хабарламаның № № уведомление	Тыйым салу күні (Дата наложения запрета)	Тасымалдаушыға немесе жүкке қатысты уәкілеттік берілген басқа адамға хабарлама жіберу (Направление уведомления перевозчику или иному уполномоченному в отношении грузов лицу)	Әкелуге тыйым салынған тауардың (контейнердің) атауы (Наименование товара (контейнера), ввоз которого запрещен)	СЭҚТН коды (Код ТНВЭД)	Бақылаудағы тауарлардың жалпы салмағы (Общий вес подконтрольного товара)
1	2	3	4	5	6

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Партия саны	Берілген құжаттар (инвойс, жүк құжаты, МТК) (Представленые документы	Тауарлардың әкелінуіне тыйым салу себебі (Причина	Тауарлардың әкелінуіне рұқсат беру күні	Еуразиялық экономикалық одақ аумағына өту үшін негіздеме (құжат деректемелері) (Основание пропуска на	Бақылаудағы тауарларды санитариялық-карантиндік бақылауды есепке алу журналына сәйкес тауардың реттік нөмірі (У-3) (Порядковый

(Количество партии)	(инвойс, накладной, СГР))	запрета ввоза товаров)	(Дата разрешения ввоза товаров)	территорию Евразийского экономичес-кого союза (реквизиты документа))	номер товара согласно журнала учета санитарно-карантинного контроля подконтрольных товаров (У-3))
7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
309-қосымша

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

Приложение 309
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ _жылғы "___" _____ № _____ _ бұйрығымен бекітілген** **№ 309/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 309/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ____года №_____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы рұқсат беру құжатының қолданылуын тоқтата тұру туралы қаулы
Постановление о приостановлении действия разрешительного документа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения №_____

20___ жылғы (года) "____" _____ (город) _____ қаласы

Бас мемлекеттік санитариялық дәрігер (орынбасары) Главный государственный санитарный врач (заместитель)_____
_____ (керегінің астын сызыңыз) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____
_____
ұсынылған материалдарды қарап (тексеру нәтижелері туралы акт), (рассмотрев представленные материалы (акт о результатах проверки)

_____
_____ рұқсат құжаты тоқтатыла тұратын тапсырыс беруші (өтінім беруші) туралы мәліметтер: шаруашылық жүргізуші субъектінің толық атауы (тиесілігі), объектінің мекенжайы/орналасқан жері, телефоны, басшысының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Сведения о заказчике (заявителе), чей разрешительный документ приостанавливается: (полное наименование хозяйствующего субъекта (принадлежность), адрес/месторасположение объекта, телефон, Фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя)

_____
_____қызмет түрі (вид деятельности)

_____
_____ Объектінің немесе жобалау құжаттамасының толық атауы (Полное наименование объекта или проектной документации)

_____
_____ Рұқсат құжатының күні, нөмірі (Дата, номер разрешительного документа)

Мынаны анықтадым (установил:)_____
_____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілердің тармақтары талаптарының бұзылуын көрсетіңіз (Указать нарушения требований пунктов, статей нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 19-бабы 3-тармақшасының негізінде (На основании подпункта 3, ст.19 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения")

ҚАУЛЫ ЕТЕМІН:

ПОСТАНОВЛЯЮ:

Рұқсат құжатының қолданылуы тоқтатыла тұрсын

(Приостановить действие разрешительного документа)

20___ жылғы (года) "__" ___ № _____

рұқсат құжатының күні мен нөмірі (Дата и номер разрешительного документа)

20___ жылғы (года) "__" ___ дейін (до)

Рұқсат құжатының қолданылуын тоқтата тұру мерзімі
(Срок приостановления действия разрешительного документа)
20___ жылғы (года) "__" ___ _____
_____

Рұқсаттар мен хабарламалардың мемлекеттік цифрлық тізіліміне рұқсат құжатының қолданылуын тоқтата тұру туралы мәліметтерді енгізу күні (Дата внесения сведений о приостановлении действия разрешительного документа в государственный цифровой реестр разрешений и уведомлений)

_____
_____

_____
_____

мына іс-шаралар орындалсын:
(Выполнить следующие мероприятия)

_____
__

Осы қаулыны орындау туралы ақпарат (Информацию о выполнении настоящего постановления представить в)_____
__

_____ (к) 20___жылғы (года) "___"
_____ ұсынылсын.

Рұқсат құжатының иесі денсаулық сақтау саласындағы рұқсат құжатының тоқтатыла тұру мерзімі өткенге дейін бұзушылықтардың жойылғаны туралы өтінішті ұсынбаған жағдайда, рұқсат құжатын берген лауазымды адамдар көрсетілген мерзім өткен кезден бастап он жұмыс күні ішінде рұқсат құжатынан сот тәртібімен айыруға (кері қайтарып алуға) бастама жасайды.

(В случае непредставления заявления об устранении нарушений владельцем разрешительного документа до истечения срока приостановления разрешительного документа в области здравоохранения должностные лица, выдавшие разрешительный документ, в течение десяти рабочих дней с момента истечения указанного срока инициируют лишение (отзыв) разрешительного документа в судебном порядке).

Осы қаулыны орындау үшін жауапкершілік (Ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на) _____
_____ жүктеледі

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда),
(должность, (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Осы қаулыға шағымды, наразылықты қаулының көшірмесі берілген күннен бастап он күн ішінде, ал егер ҚР ӘҚБ туралы кодексінің 744-748-баптарында көрсетілген адамдар істі қарауға қатыспаған болса, жағдайда оны алған күннен бастап беруге

болады. (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, іс бойынша қаулы шығарған органға (лауазымды адамға) жіберіледі, олар шағым, наразылық түскен күннен бастап үш күндік мерзімде істің барлық материалдарымен бірге оны тиісті сотқа, жоғары тұрған органға (жоғарыда тұрған лауазымды адамға) жіберуге міндетті (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 уәкілетті сотқа, жоғары тұрған органға (жоғары тұрған лауазымды адамға) енгізілуі мүмкін (Жалоба может быть подана, а протест внесен непосредственно в суд, вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу), уполномоченный их рассматривать).

Мөр орны (Басқарма басшысы/Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет ұйымы басшысының орынбасары/ Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет ұйымының басшысы (орынбасары)

Место печати (Руководитель управления/ Заместитель Руководителя государственной организации санитарно-эпидемиологической службы/ Руководитель государственной организации санитарно-эпидемиологической службы (заместитель))

_____

_____ (қажеттісінің астын сызу) (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)

Қаулыны алдым (Постановление получил) _____

_____

атқаратын лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), алған күні, қолы (занимаемая должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата получения, подпись)

_____

_____

Қаулы (Постановление составлено в) ___ данада толтырылды (экземплярах).

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
310-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
310-қосымша
Приложение 310
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 310/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 310/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Тамақ өнімдерінің үлгісін тіркеу және зерттеу нәтижелерін беру журналы
Журнал регистрации образца и выдачи результатов исследований пищевых продуктов

Басталуы (Начат) "___"_____20____ ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	**Үлгіні алу күні (Дата отбора образца)**	**Үлгінің түскен күні (Дата поступления образца)**	**Хаттаманың толтыру күні (Дата составления протокола)**	**Үлгіні алу орны, ұйымның мекенжайы және атауы (Место отбора образца, адрес и наимен**	**Үлгінің атауы (Наименование образца)**	**Көрсеткіштердің, оның ішінде сезім ағзалары арқылы сезіну көрсеткіштерінің тізбесі (Перечень показателей, в т.ч. ощуще**	**Физикалық-химиялық көрсеткіштер (Физико-химические показатели)**	**Анықталған шығырлану (Обнаруженная концентрация)**	**Өнімге арналған НҚ бойынша нормасы (Норма по НД на продукт)**	**Анықтау әдісіне арналған НҚ (НД на метод определения)**	**Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись лица проводившего**

				ование организации)		**ния через органов чувств)**					**исследование)**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
311-қосымша

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

Приложение 311
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 311/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 311/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Автоклавтарды және дезинфекциялық камераларды микробиологиялық зерттеу хаттамасы
Протокол микробиологических исследований автоклавов и дезкамер

№ _____ "_____" _____ 20 _____ ж.(г.)

1. Шарт бойынша түскен үлгі(лер) (образца (ов), поступивших по договору) № ____ _____

2. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____ _____

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

___

4. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца) _____

_____

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

_____

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

_____

7. Сынақ жүргізу шарттары: температура, ылғалдылық (Условия проведения испытаний): (температура, влажность) _____

___

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

_____

9. Үлгі алу әдісіне арналған НҚ (НД на метод отбора) _____

_____

10. Сынама алған адам (кем взята проба) _____

___

11. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки): _____

_____

12. Сақтау шарттары (Условия хранения): _____

_____

Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	**Үлгінің атауы. Үлгіні алу орны Наименование образца. Место отбора образца**	**Нәтижесі Результат**
1	2	3

Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
312-қосымша

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

Приложение 312
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 312/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 312/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Көмір үлгілерін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования образцов угля

№_____ "_____" _____ 20_____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____

_____

2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____

_____

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

_____

4. Зерттеу әдісі (Метод исследования)_____

_____

5. Көлемі (Объем)_____
_____

6. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором) _____ №_____

7. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке) №_____(от) "___" _____20___ ж.(г.)

8. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____
_____

9. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____
_____

10. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____
_____

Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)

№	Үлгі атауы / (Наименование образца)	Күлділік, % (Зольность, %)	Ылғалдылық/ (Влага, %)	Ұшпа заттардың шығуы / (Выход летучих веществ, %)	Жанудың жоғары жылылығы / (Высшая теплота сгорания)		Жанудың төменгі жылылығы / (Низшая теплота сгорания)	
					Дж/г	Ккал/кг	Дж/г	Ккал/кг
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
313-қосымша

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

Приложение 313
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 313/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 313/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Көмір үлгілерін зерттеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации исследований образцов угля

Басталуы (Начат) "__"_____20___ ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) " __"_____20___ ж. (г.)

						Зерттелетін көрсеткіштер Исследуемые показатели							**Зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О (при его наличии), подпись лица прово**
									Жанудың жоғары жылылығы (Высшая теплота сгорания)		Жанудың төменгі жылылығы (Низшая теплота сгорания)		
	Келіп түске	**Сынақ жүргізілген күн**	**Объектінің атауы, мекенжайы (Наим**	**Үлгі атауы (**	**Үлгінің салмағы,**	Күлділігі,		Ұшпа заттардың шығуы (Выхо	Дж/г	Ккал/кг	Дж/г		

Сынама № (№ пробы)	**н күні (Дата поступления)**	**(Дата проведения испытания)**	**енование и адрес объекта)**	**Наименование образца)**	**кг (Вес образца, кг)**	% (Зольность), %	ЫлғалдылығыЫлғалдылығы влага, %	д летучих веществ), %				Ккал/кг	**дившего исследование**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
314-қосымша

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

Приложение 314
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№ _____бұйрығымен бекітілген** **№ 314/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 314/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Темекінің, темекі бұйымдарының, электрондық және басқа да тұтыну жүйелерінің үлгілерін алу актісі

Акт отбора образцов табака, табачных изделий, электронных и других систем потребления

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

_____

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)_____

10. Сақтау шарттары (Условия хранения)_____

11. Қаптама түрі, мөр (пломба) нөмірі (Вид упаковки номер печати (пломбы))_____

____

12. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Алынған үлгілер тізбесі (Перечень отобранных образцов)	Өндірушісі, сериясы (партия нөмірі) көрсетілген өнім үлгілерінің саны (Количество отобранных образцов продукции с указанием производителя, серия (номера партии)	Үлгінің салмағы, көлемі (Вес, объем образца)	Өндіріс күні, жарамдылық мерзімі (Дата производства, срок годности)
1	2	3	4	5

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

_____

Қолы (Подпись)_____

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

_____

Қолы_____

(Подпись)

Акт ___ данада толтырылды (Акт составлен в ____ экземплярах) *

* Құжат электрондық түрде толтырылған жағдайда қағаз жеткізгіште толтыруды талап етпейді. Не требует заполнения если документ заполняется в электронном виде.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
315-қосымша

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

Приложение 315
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 315/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 315/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Темекі, темекі бұйымдарының, электрондық және басқа да тұтыну жүйелерінің үлгілерін зерттеу хаттамасы

Протокол исследования образцов табака, табачных изделий, электронных и других систем потребления

№ _____ "____" _____ 20 ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____
3. Үлгінің атауы (Наименование образца)_____

4. Мөлшері (Количество)_____

5. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)_____

6. Көлемі (Объем)_____

7. Партия нөмірі (Номер партии)_____

8. Шығарылған күні (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 нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора)_____

13. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)_____

14. Сақтау шарттары (Условия хранения)_____

15. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____

16. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____

17. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____

18. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Ингредиенттер көрсеткіштерінің атауы және басқалары (Наименование показателей ингредиентов и других)	**Анықталған шоғырландыру (Обнаруженная концентрация)**	**Нормативтік көрсеткіштер (Нормативные показатели)**	**Зерттеу әдістеріне арналған НҚ (НД на методы исследования)**
1	2	3	4

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
316-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
316-қосымша
Приложение 316
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 316/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 316/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ ____ года №_____

Темекі, темекі бұйымдарының, электрондық және басқа да тұтыну жүйелерінің үлгілерін зерттеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации исследований образцов табака, табачных изделий, электронных и других систем потребления

Басталуы (Начат) "___"_____20___ ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Сынама алу күні (Дата отбора пробы)	Сынаманың түскен күні (Дата поступления пробы)	Хаттама толтырылған күн (Дата составления протокола)	Сынама алынған орын, ұйымның мекенжайы және атауы (Место отбора, адрес и наименование	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Зерттелетін көрсеткіштері, оның ішінде таңбалау (Исследуемые показатели в том	Физикалық-химиялық көрсеткіштер (Физико-химические показатели)	Анықталған шығырландыру/ Обнаруженная концентрация (Обнару	Өнімнің НҚ бойынша нормасы (Норма по НД на продукт)	Анықтау әдісіне арналған НҚ (НД на метод определения)	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), (Ф.И.О (при его наличии), лица провод

				организации)		**числе маркировка)**		**женная концентрация)**			**ившего исследование)**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
317-қосымша

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

Приложение 317
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" ____ №___ бұйрығымен бекітілген № 317/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 317/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ года №_____

Оқушы жиһазының функционалдық өлшемдерін өлшеу хаттамасы
Протокол измерения функциональных размеров ученической мебели

№ _____ от "____" _____ 20___ ж. (г.)

1. Өлшеу жүргізілетін объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес где производятся измерения) _____

2. Өлшеу жүргізу үшін негіз (Основание для проведения измерений)

3. Қатысуымен өлшеулер жүргізілген объект өкілінің Т.А.Ә.(ол болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О.(при его наличии), должность представителя объекта, в присутствии

которого производились измерения)

4. Бұйымның атауы (Наименование изделия) _____

5. Өндіруші ел (фирма) (жеткізуші) Страна(фирма) - изготовитель (поставщик) __

6. Бұйымдар жасалған материалға нормативтік құжат (Нормативный документ на материалы, из которого выполнено изделие) _____

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

8. Үлгінің сипаты (Описание образца) _____ _____ _____

9. Партия нөмірі (Номер партий) _____ _____

10. Шығарылған күні (Дата выработки) _____ _____

11. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____ _____

Оқу жиһазының өлшемдері және оқушылардың бойына сәйкестігі (Размеры учебной мебели и соответствие росту обучающихся)

Оқушының Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), бойы Ф.И.О., (при его наличии) рост учащихся	**Көрсеткіштің анықталған мәні Обнаруженное значение показателя**		**Көрсеткіштің рұқсат етілген мәні Допустимое значение показателя**		**Зерттеу әдістері не арналған НҚ НД на методы исследований**
	Үстелдің оқушыға қараған жиегі қақпағының еденнен биіктігі Высота над полом крышки края стола, обращенного к обучающему	Отырғыштың алдыңғы жиегінің еденнен биіктігі Высота над полом переднего края сидения	Үстелдің оқушыға қараған жиегі қақпағының еденнен биіктігі Высота над полом крышки края стола, обращенного к обучающему	Отырғыштың алдыңғы жиегінің еденнен биіктігі Высота над полом переднего края сидения	

Зерттеулер НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді

(Исследование проводились на соответствие НД) _____ _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП ___ _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
318-қосымша

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

Приложение 318
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 318/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 318/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ года №___

Оқушы жиһазының функционалдық өлшемдерін өлшеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации измерения функциональных размеров ученической мебели

Басталуы (Начат) "___" _____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____20____ж. (г.)

			Зерттеу жүргізген орын, ұйымны		**Оқушының Т.А.Ә.**		**Көрсеткіштің ан**	**Көрсеткіштің рұқ**		**Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болға**

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Сынама алу күні Дата отбора проб	Хаттама толтырылған күн Дата составления протокола	ң мекен жайы және атауы Место проведения исследования, адрес и наименование организации	Сынаманың атауы Наименование пробы	(ол болған жағдайда), бойы Ф.И.О. (при его наличии), рост учащихся	Көрсеткіштер Показатели	ықталған мәні Обнаруженное значение показателя	сат етілген мәні Допустимое значение показателя	Зерттеу әдісіне арналған НҚ НД на метод исследования	н жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
319-қосымша

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

Приложение 319
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 319/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 319/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ года №___

Өсімдіктердің радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования радиоактивности растительности

№_____ "_____" _____ 20_____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____

2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

4. Үлгінің келіп түскен уақыты (Дата поступления образца)_____

5. Зерттеу әдісі (Метод исследования)_____

6. Көлемі (Объем)_____

7. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором)
_____№_____

8. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке)
№_____(от) "___"_____20___ ж.(г.)

9. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД) _____
__

10. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____

11. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____

12. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____

Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)

№	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	Алу нүктесі (Точка отбора)	Меншікті тиімді белсенділік, Бк/кг (Удельная эффективная активность, Бк/кг)				
				Cs- 137	Ra -226	Th- 232	K-40	Sr - 90
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП)_
_____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП ___
_____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
320-қосымша

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

Приложение 320
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 320/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 320/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Су үлгілерін (гемодиализге және ілеспе терапияға арналған) зерттеу нәтижесі
Результат исследования образцов воды (для гемодиализа и сопутствующей терапии)

№__от "____" _____ 20_____ ж. (г.)

1. Объктінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Үлгіні алу орны (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. Көлемі (Объем)_____
7. Партия нөмірі (Номер партий)_____
8. Шығарылған күні (Дата выработки)_____
9. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)_____

10. Үлгі алу әдісіне арналған НҚ (НД на метод отбора)_____
_____

11. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)_____

12. Сақтау шарттары (Условия хранения)_____

13. Су үлгілерін консервациялау әдістері (Методы консервации образца воды)_____

Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	**Анықталған шоғырландыру Обнаруженная концентрация**	**Нормативтік көрсеткіштер Нормативные показатели**	**Зерттеу әдістеріне арналған НҚ НД на методы испытаний**
1	2	3	4

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /

(Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП)_ _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП ___ _____

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
321-қосымша

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

Приложение 321
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 321/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 321/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ __года №___

Су үлгілерін (гемодиализге және ілеспе терапияға арналған) зерттеу нәтижелерін есепке алу журналы
Журнал учета результатов исследования образцов воды (для гемодиализа и сопутствующей терапии)

Басталуы (Начат) "____" _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "____" _____20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	**Сынаманың түскен күні (Дата поступления пробы)**	**Үлгіні алу орны (Место отбора образца)**	**Мекенжай (Адрес)**	**Көрсеткіштер атауы (Наименование показателей)**	**Анықталған шоғырлану (Выявленная концентрация)**	**РЕШШ нормасы (Норма ПДК)**	**Зерттеу әдісіне арналған НҚ (НД на метод исследования)**	**Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование)**
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
322-қосымша

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

Приложение 322

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

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 322/есанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 322/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Дистиллденген суды зерттеу хаттамасы
Протокол исследования дистиллированной воды

№ _____ от "____" _____ 20___ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____

_

2. Үлгі алу орыны (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. Көлемі (Объем)_____

___

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

__

8. Үлгі алу әдісіне арналған НҚ (НД на метод отбора)_____

__

9. Тасымалдау шаттары (Условия транспортировки)_____
__
10. Сақтау шарттары (Условия хранения)_____
_
11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)_____
_

Зерттеу нәтижелері
(результаты исследования)

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)**
Буланудан кейінгі қалдықтың массалық шоғырлануы (Массовая концентрация остатка после выпаривания), мг/дм3			
Аммиак пен аммоний тұздарының массалық шоғырлануы (Массовая концентрация аммиака и аммонийных солей), (NH4) мг/дм3			
Нитраттардың массалық шоғырлануы (Массовая концентрация нитратов), (NO3), мг/дм3			
Сульфаттардың массалық шоғырлануы (Массовая концентрация сульфатов) (SO4), мг/дм3			
Хлоридтердің массалық шоғырлануы (Массовая концентрация хлоридов) (Cl), мг/дм3			
Алюминийдің массалық шоғырлануы (Массовая концентрация алюминия) (Al), мг/дм3			
Темірдің массалық шоғырлануы (Массовая концентрация железа) (Fe), мг/дм3			

Кальцийдің массалық шоғырлануы (Массовая концентрация кальция) (Ca), мг/дм3			
Мыстың массалық шоғырлануы (Массовая концентрация меди) (Cu), мг/дм3			
Қорғасынның массалық шоғырлануы (Массовая концентрация свинца) (Pb), мг/дм3			
Мырыштың массалық шоғырлануы (Массовая концентрация цинка) (Zn), мг/дм3			
KMnO4 қалпына келтіретін заттардың массалық шоғырлануы (Массовая концентрация веществ, восстанавливающих KMnO4) (O), мг/дм3			
pH			
20 o C меншікті электр өткізгіштігі (Удельная электрическая проводимость при 20 °C), См/м,			
Арнайы көрсеткіштер (Специфические показатели)			

Зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді

(Исследование проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста, проводившего исследование, ЭЦП).	_____ _____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), ЭЦП заведующего лабораторией)	_____ _____

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR кода недействительный).

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басуға Тыйым салынған(Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
323-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
323-қосымша
Приложение 323
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 323/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 323/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20___ года №_____

Жүзу бассейндерінің суын зерттеу хаттамасы
Протокол исследования воды плавательных бассейнов

№ _____ от "____" _____ 20___ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
_____

2. Үлгіні алу орны (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. Көлемі (Объем)_____

_____

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

_____

8. Үлгі алу әдісіне арналған НҚ (НД на метод отбора)_____

_____

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)_____

_____

10. Сақтау шарттары (Условия хранения)_____

___

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)_____

___

Зерттеу нәтижелері
(результаты исследования)

Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	**Анықталған шоғырландыру Обнаруженная концентрация**	**Нормативтік көрсеткіштер Нормативные показатели**	**Қолданыстағы нормативтік құқықтық актілердің (бұдан әрі – НҚА) атауы Наименование действующих нормативных правовых актов (далее - НПА)**
Лайлылығы(мутность) мг/л			
Түстілігі (цветность) градустар (градусы)			
Иісі (запах), балл			
pH			
Қалдық бос хлор (Остаточный свободный хлор) мг/л			
Қалдық байланысқан хлор (Остаточный связанный хлор) мг/л			
- Азот аммоний (азот бойынша) (по азоту,мг/л			
Озон (озондау кезінде) (при озонировании),мг/л			
Перманганатты тотығушылық (Перманганатная Окисляемость),мг/л			
Хлороформ,мг/л			
Формальдегид (озондау кезінде) (при озонировании), мг/л			

Жалпы кермектілік (Жесткость общая), мг-экв /л			
Сульфаттар (сульфаты), мг/л			
Хлоридтер (хлориды), мг/л			
Жалпы темір (Железо общее), мг/л			
Мөлдірлігі (Прозрачность)			
Нитраттар (нитраты), мг/л			
Арнайы көрсеткіштер (Специфические показатели)			

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста, проводившего исследование, ЭЦП).	_____ _____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ. (Ф.И.О. (при его наличии), ЭЦП заведующего лабораторией)	_____ _____

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR кода недействительный).

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басуға Тыйым салынған(Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
324-қосымша

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

Приложение 324
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____№___ бұйрығымен бекітілген № 324/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 324/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Үлгілерді экспресс-әдіспен зерттеу хаттамасы
Протокол исследования образцов экспресс-методом

№ _____
"_____" _____ 20____ ж. (г.)
1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____
3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
__
4. Мөлшері (Количество) _____
_
5. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____
6. Көлемі (Объем) _____
7. Партия нөмірі (Номер партий) _____
8. Шығарылған күні (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. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)_____
13. Үлгі алу әдісіне арналған НҚ (НД на метод отбора) _____
_____
14. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____
15. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____
16. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Көрсеткіштер тобы Группа показателей	Анықтау үшін қолданылған әдіс (Метод использованный для определения)	Анықталған шоғырландыру (Обнаруженная Концентрация)	Нормативтік көрсеткіштер (Нормативные Показатели)	Зерттеу әдістері не арналған НҚ (НД на методы исследования)
1	2	3	4	5	6

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
325-қосымша

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

Приложение 325
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 325/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере		Медицинская документация Форма № 325/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Казахстан от "____" _____ 20_ ___ года №_____

Ауыл шаруашылығы өнімдерінің, тамақ өнімдерінің, судың, топырақтың, ауа ортасының үлгілерін пестицидтердің қалдық мөлшерін анықтауға зерттеу хаттамасы
Протокол исследования образцов сельскохозяйственной продукции, продуктов питания, воды, почвы, воздушной среды на определение остаточных количеств пестицидов

№ _____ от "____" _____ 20___ ж. (г.)

1. Объекті атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____
3. Үлгінің атауы (Наименование образца)_____
4. Мөлшері (Количество) _____
5. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)_____
6. Көлемі (Объем)_____
7. Партия номері (Номер партии)_____
8. Шығарылған күні (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 арналған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора)_____
13. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)_____
14. Сақтау шарттары (Условия хранения)_____
15. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____
16. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____
17. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____

Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)

Ингредиенттер көрсеткіштерінің атауы және басқалар (Наименование показателей ингредиентов и других)	Анықталған шоғырландыру (Обнаруженная концентрация)	Нормативтік көрсеткіштер (Нормативные показатели)	Зерттеу әдістеріне арналған НҚ (НД на методы исследования)
1	2	3	4

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

_____ Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП _____

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
326-қосымша

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

Приложение 326
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 326/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 326/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

Топырақ үлгілерін және зерттеу (жоғары дәлдіктегі жабдықта) нәтижелерін тіркеу журналы
Журнал регистрации образцов и результатов исследования почвы (на высокоточном оборудовании)

Басталуы (Начат) "____"_____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "____" ___20___ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Сынама түскен күн (Дата поступления)	Үлгіні алу орны (Место отбора образца)	Мекенжай (Адрес)	Көрсеткіштер атауы (Наименование показателей)	Анықталған шоғырлану (Выявленная концентрация)	РЕШШ нормасы (Норма ПДК)	Зерттеу әдісіне НҚ (НД на метод исследования)	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
327-қосымша

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

Приложение 327
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**	**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№ _____бұйрығымен бекітілген** **№ 327/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере	Медицинская документация Форма № 327/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ ____ года №_____

санитарно-эпидемиологического благополучия населения		

Зертханаішілік бақылау журналы
Журнал внутрилабораторного контроля

Басталуы (Начат) " " 20 г.

Аяқталуы (Окончен) " " 20 г.

р/с № № п/п	Күні (Дата)	Бөлімшенің атауы/ анықталатын көрсеткіш (Наименование подразделения/ определяемый показатель)	Сапаны бағалау әдісі (Метод оценки качества)	Бақылау нәтижесі (Результат контроля)	Қолы (Подпись)
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
328-қосымша

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

Приложение 328
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№ _____бұйрығымен бекітілген № 328/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 328/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Серологиялық зерттеулерді (ішек инфекциялары тобы) тіркеу журналы
Журнал регистрации серологических исследований (кишечная группа инфекций)

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	**Күні, айы, жылы (Дата, месяц, год)**	**Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)**	**Жасы (Возраст)**	**Үлгіні жіберген ұйым (Организация направившая образец)**	**Диагнозы, ауырған күні (Диагноз, дата заболевания)**	**Зерттеу жиілігі (Кратность исследования)**	**Зерттеу мақсаты, алғашқы немесе қайта тексеру (Цель исследования, первичное или повторное обследование)**
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

О-антигенімен реакциясы (Реакция с О-антигенами)						Бақылау (Контроль)			ПГАР (РПГА)					
2,12	4,12	6,7	6,8	9,12	3,10	Сарысу (Сыворотки)	Диагностикасы (Диагн	Сальмонеллез					Зертт	Зерттеу аяқталған күн, зертханашы-дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при

							остикум)	жиынтығы (Комплекс сальмонеллезный)	Vi	Флекснер	Зонне	Нью-Кестел	е у нәтижелері (Результаты исследований)	его наличии), подпись врача-лаборанта)
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
329-қосымша

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

Приложение 329
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____**

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**№___ бұйрығымен бекітілген № 329/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 329/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Көкжөтел мен көкжөтелге ұқсас аурулардың серологиялық зерттеулерін тіркеу журналы
Журнал регистрации серологических исследований на коклюш и паракоклюш

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні, айы, жылы (Дата, месяц, год)	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)	Жасы (Возраст)	Үлгіні жіберген ұйым (Организация направившая образец)	Диагнозы, ауырған күні (Диагноз, дата заболевания)	Тексеріп қарау жиілігі (Кратность исследования)	Зерттеу мақсаты, алғашқы немесе қайта тексеру (Цель исследования, первичное или повторное обследование)
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)									**Бақылау(Контроль)**			
											Зерттеу нәтижелері	**Зерттеу аяқталған күн, зертханашы-дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Дата оконча**

1:20	1:40	1:80	1: 160	1: 320	1: 640	1: 1280	1: 2560	1: 5120	Сарысу (Сыворотки)	Диагностикум	**(Результаты исследований)**	**ния исследования, фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись врача-лаборанта)**
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
330-қосымша

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

Приложение 330
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№ _____бұйрығымен бекітілген № 330/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере		Медицинская документация Форма № 330/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

санитарно-эпидемиологического благополучия населения		

Скарлатинаға микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований на скарлатину

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 (Дата проведения исследования)	**Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)**	**Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)**	**Жасы (Возраст)**	**Жұмыс орны, мекенжайы (Место работы, домашний адрес)**	**Үлгіні жіберген ұйым (Организация направившая образец)**	**Үлгінің атауы (Наименование образца)**	**Тығыз қоректік орталарда өсу (Рост на плотных питательных средах)**	**Гемолиз**	**Сұйық қоректік орталарда өсу (Рост на жидких питательных средах)**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

	Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)								Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)	Зерттеу аяқталған күн, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Дата окончания
	Каталаза	Бацитрацинмен тест	Инулин	Сорбит	Глицерин	Глюкоза	Лактоза			

Микроскопия		Тест с бацитрацином						Сахароза		исследования, фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись проводившего исследование)
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
331-қосымша

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

Приложение 331
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____**

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**№ _____бұйрығымен бекітілген № 331/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 331/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Секвенирлеу әдісімен генетикалық сипаттамаға арналған үлгілерді тіркеу журналы
Журнал регистрации образцов на генетическую характеристику методом секвенирования

Басталуы (Начат) "__"_____20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "__"_____20___ ж. (г.)

р/с № № п/п	**Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)**	**Үлгіні алу (Отбор образца)**	**Үлгінің түсуі (Поступления образца)**	**Үлгіні жіберген ұйым (Организация, направившая образец)**	**Зерттеу мақсаты (Цель исследования)**	**Зерттелетін үлгі (Исследуемый образец)**	**Жеткізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда) лауазымы, қолы (Ф.И.О. (при его наличии) должности и подпись специалиста доставившего)**	**Қабылдаған маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда) лауазымы, қолы (Ф.И.О. (при его наличии) должности подпись принявшего специалиста)**
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
332-қосымша

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

Приложение 332
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 332/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 332/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Вирустық инфекциялардың генетикалық сипаттамасы үшін зертханаға жіберу сауалнамасы
Анкета направления в лабораторию для генетической характеристики вирусных инфекций

	Үліні алуды жүргізетін ұйым: және алу күні (Организация, проводимая отбор: и дата отбора) _____ _____				_____			
	Жағдайдың жіктемесі (Классификация случая):	Науқас (Больной) (Ауырып сауыққан (қайта) (Переболевший (повторно) ___ _____ Вакцинацияланған (Вакцинированный) _____			Бірінші ауырған күні (дата первого заболевания) _____			
	1-бөлім (Раздел 1) : Науқас туралы ақпарат (Информация о пациенте)							
	Туған күні (Дата рождения): [__][__]/[__][__]/[__][__][__][__]							
	Жынысы (Пол): □ еркек(мужской) □ әйел(женский)							
	Тұрғылықты мекенжайы (Адрес проживания): _____ _____							
	Жұмыс/оқу орны (Место работы/учебы):							
	2-бөлім (Раздел 2): Клиникалық ақпарат (Клиническая информация)							
	Пациенттегі клиникалық ағым (Клиническое течение у пациента)							
	Ауырған күні (Дата заболевания):	[__][__]/[__][__]/[__][__][__][__						

	Бірінші компонентті вакцинациялау күні (Дата вакцинации первого компонента): [__][__]/[__][__]/[__][__][__][__] Екінші компонентті вакцинациялау күні (Дата вакцинации второго компонента): [__][__]/[__][__]/[__][__][__][__		

3-бөлім (Раздел 3): Симптомдар пайда болғанға дейін 14 күн ішіндегі байланыстар және саяхат туралы ақпарат (есеп бергенге дейін, егер ағым симптомсыз болса) (Контакты и информация о путешествиях в течение 14 дней до появления симптомов (до отчетности, если бессимптомное течение)

Пациент симптомдар пайда болғанға дейін 14 күн ішінде саяхатта болды ма? Путешествовал ли пациент в течение 14 дней до появления симптомов?

□ Жоқ (Нет) □ Иә (Да) □ Белгісіз (Неизвестно)

Егер иә болса, саяхат орындарын көрсетіңіз (Если да, укажите места путешествий):

Ел/Қала/Облыс(Страна/Город/Область)

Пациентте сиптомдар басталғанға дейін 14 күн ішінде ықтимал немесе расталған жағдаймен байланыс болды ма? (Был ли у пациента контакт с вероятным или подтвержденным случаем в течение 14 дней до начала симптомов?)

□Жоқ (Нет) □Иә(Да) □Белгісіз(Неизвестно)

Егер иә болса, байланыстың мән-жайлары (барлық қолданылатынды белгілеңіз)(Если да, обстоятельства контакта (отметьте все применимое):

□ мед. ұйымда (в мед. Организации) □ отбасында (в семье)

□ жұмыс орнында (на рабочем месте) □ белгісіз (неизвестно)

□ басқасы, көрсетіңіз (иное, укажите): _____

4-бөлім (Раздел 4): Зертханалық зерттеулер туралы ақпарат (зертхана қызметкерлері толтырады) (Информация о лабораторных исследованиях (заполняется сотрудниками лаборатории)

Зерттеу жүргізу күні (Дата проведения исследования): _____

Зерттеу жүргізген ұйым (Организация, проводившая исследования):_____

Диагностика үшін қолданылған коммерциялық тест жүйесі (Для диагностики была использована коммерческая тест-система)_____

Өндіруші (Производитель): _____

Тұтану циклі (Ct) (барлық арналарды көрсету) (Цикл возгорания (Ct) (указать все каналы):_____

Үлгі типі (Тип образца): _____

Үлгіні сақтау жағдайлары (Условия хранения образца): _____

Үлгілерді "мұздату – еріту" циклдарының саны (Количество циклов " заморозка-разморозка" образца):_____
_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
333-қосымша

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

Приложение 333
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 333/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 333/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Вирустық үлгілердің генетикалық сипаттамасын тіркеу және нәтижелерін беру журналы
Журнал регистрации и выдачи результатов генетической характеристики вирусных образцов

Басталуы (Начат) "__"_____20___ ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "__"_____ 20___ ж. (г.)

	Тіркеу нөмірі		**Үлгі түскен күн**	**Үлгіні жолдаған ұйым**	**Жіберген ұйымның зертханалық нөмірі (**				

р/с № №п/п	(Регистрационный номер)	Үлгі алынған күн (Дата отбора образца)	(Дата поступления образца)	(Организация, направившая образец)	Лабораторный номер направившей организации)	Жасы (Возраст)	Жынысы (Пол)	Секвенирлеу әдісі (Метод секвенирования)	Басталу күні (Дата начала)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Аяқталу күні (Дата окончания)	Нәтиже (Результат)	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) лауазымы қолы (Ф.И.О. (при его наличии) должности, подпись специалиста, проводившего исследования)	ПТР қайта тестілеу нәтижесі (Результат ретестирования ПЦР)
11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
334-қосымша

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

Приложение 334
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 334/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы		Медицинская документация Форма № 334/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Бактериялық үлгілердің генетикалық сипаттамасын тіркеу және нәтижелерін беру журналы
Журнал регистрации и выдачи результатов генетической характеристики бактериальных образцов

Басталуы (Начат) "__"_____20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "__"_____20___ ж. (г.)

р/с № № п/п	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгі алынған күн (Дата отбора образца)	Үлгі түскен күн (Дата поступления образца)	Үлгіні жолдаған ұйым (Организация, направившая образец)	Жіберген ұйымның зертханалық нөмірі (Лабораторный номер направившей организации)	Жасы (Возраст)	Жынысы (Пол)	Секвенирлеу әдісі (Метод секвенирования)	Басталу күні (Дата начала)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Бактериялық зерттеу нәтижесі (Результаты бактериальных исследований)				
Колония титрі (Титр колонии)	Грамм бойынша бояу (Окраска по грамму)	Оксидаза тесті (Оксидаза тест)	Антибиотиктерге сезімталдылығы (Чувствительность к антибиотикам)	Типтеу нәтижесі (Результат типирования)
11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
335-қосымша

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

Приложение 335
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____** **№ _____бұйрығымен бекітілген** **№ 335/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 335/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Дезинфекциялық препараттардың шығысын есепке алу журналы
Журнал учета расхода дезинфицирующих препаратов

р/с № № п/п	**Препараттың атауы (Наименование препарата)**	**Түскен күні (Дата поступления)**	**Қайдан түсті (Откуда поступило)**	**Алынған саны (Полученное количество)**	**Жарамдылық мерзімі (Срок годности)**	**Берілген саны (Выданное количество)**	**Кімге берілді (Кому выдано)**	**Жұк құжатының №, күні (№ накладной, дата)**	**Қалдық (Остаток)**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
336-қосымша

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

Приложение 336
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 336/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 336/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____ года №_____

Дезинфекциялық препараттарды пайдалануды есепке алу журналы
Журнал учета использования дезинфицирующих препаратов

№	Препараттың атауы (Наименование препарата)	Шығын нормасы (Норма расхода)	Препараттың көлемі (Объем препарата)	Ерітіндінің дайындалған күні (Дата приготовления раствора)	Өңдеу орны (Место обработки)	Өңдеу алаңы (Площадь обработки)	Өңдеуді кім жүргізді (Кем проведена обработка)	Өңдеуді жүргізген адамның қолы (Подпись проводившего обработку)	Басшының қолы (Подпись руководителя)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
337-қосымша

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

Приложение 337
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____**

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**_ бұйрығымен бекітілген № 337/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 337/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Дыбыс оқшаулауын өлшеу бойынша сараптамалық қорытынды
Экспертное заключение по измерению звукоизоляции №

"___"_____ 20__ жыл (год)

1. Өтініш беруші (Заявитель): _____
_____

2. Мекенжайы (Адрес):_____

3. Объект атауы (Наименование объекта): _____

4. Негізі (Основание): _____

5. Өлшеу мақсаты (Цель измерений): _____

6. Өлшеу құралының атауы, тексеру күні (Средства измерений наименование, дата поверки):_____

7. Нормативтік-техникалық құжаттама (Нормативно-техническая документация):__
_____

8. Сынақ зертханасының/орталығының атауы, аккредиттеу аттестаты аккредитттеу субъектілерінің тізілімінде тіркелген (Наименование испытательной лаборатории/ центра, аттестат аккредитации зарегистрирован в реестре субъектов аккредитации):___
_____

9. Дыбыс оқшаулауын өлшеу хаттамасы (Протокол измерения звукоизоляции): ____
_____

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения): _____
_____

Өлшеу кезінде ауа температурасы, ылғалдылық, ауа қозғалысының жылдамдығы, атмосфералық қысымға өлшеулер жүргізілді (Во время измерений были сделаны замеры температуры воздуха, влажности, скорости движения воздуха, атмосферного давления).

Сыналатын үй-жайлар мен конструкциялардың параметрлері туралы мәліметтер (Сведения о параметрах испытуемых помещений и конструкций):_____
_____

11. Сараптамаға ұсынылған құжаттар (Документы, предоставленные на экспертизу):

_____

12. Сараптама нәтижелері (Результаты экспертизы):_____

_____

Ауа шуын оқшалау индексі: белгіленген нормадан аспайды/белгіленген нормадан _ _дБ жоғары. (Индекс изоляции воздушного шума: не превышает установленный нормы / превышает установленный нормы на ___ дБ).

"Қазақстан Республикасының қағидалар жинағы. Тұрғын және қоғамдық ғимараттардың қоршау конструкцияларының дыбыс оқшаулауын жобалау" ҚР ҚЕ 2.04-105-2012 талаптары. Б санатындағы тұрғын үйлер үшін ауа шуын оқшалау индекстерінің нормативтік мәндері____ дБ құрайды.. (Требования СП РК 2.04-105-2012 "Свод правил Республики Казахстан. Проектирование звукоизоляции ограждающих конструкций жилых и общественных зданий". Нормативные значения индексов изоляции воздушного шума для жилых зданий категории Б составляет ___ дБ).

- Сараптама нәтижелері бойынша ___ қабаттың №___ пәтері мен №___ пәтерінің көршілес үй-жайларының арасындағы ауа шуын оқшалау индексі _____ дБ құрады, норма бойынша____дБ; (По результатам экспертизы индекс изоляции воздушного шума между смежными помещениями квартиры) №____ и квартиры №____ этажа____ составил_____ дБ, при норме_____).

Қабат аралық жабын плитасы үшін келтірілген соққы шуының индексі: белгіленген нормадан аспайды/белгіленген нормадан __ дБ жоғары. (Индекс приведенного ударного шума для плиты междуэтажного перекрытия: не превышает установленный нормы/превышает установленный нормы на ___ дБ).

"Қазақстан Республикасының қағидалар жинағы. Тұрғын және қоғамдық ғимараттардың қоршау конструкцияларының дыбыс оқшаулауын жобалау" ҚР ҚЕ 2.04-105-2012 талаптары. ____ санатындағы тұрғын ғимараттар үшін соққы шуының келтірілген деңгейі индекстерінің нормативтік мәндері ___ дБ құрайды. (Требования СП РК 2.04-105-2012 "Свод правил Республики Казахстан. Проектирование звукоизоляции ограждающих конструкций жилых и общественных зданий" Нормативные значения индексов приведенного уровня ударного шума для жилых зданий категории ___ составляет ___ дБ.

___ қабаттың №___ пәтері мен №___ пәтерін бөлетін қабат аралық жабынның плитасы үшін келтірілген соққы шуының индексі ___дБ құрады, норма бойынша ___ дБ;

(Индекс приведенного ударного шума для плиты междуэтажного перекрытия, разделяющей) квартиру №___ и квартиру №___ этажа____ составил____ дБ, при норме ____ дБ.

Орындаушылар:

(Исполнители):

_____

_____
Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О.при его наличии) (лауазымы, ЭЦҚ) (должность, ЭЦП)

_____ _____

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О.при его наличии) (лауазымы, ЭЦҚ) (должность, ЭЦП)

Зертхана меңгерушісі(Заведующий лабораторий)_____ _____ Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О.при его наличии) (ЭЦҚ, ЭЦП) Басшы (Директор)

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О.при его наличии) (ЭЦҚ, ЭЦП) (QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
338-қосымша

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

Приложение 338
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____ жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 338/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 338/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_____года №_____

№ ____санитариялық-карантиндік бақылау актісі (төтенше жағдайлардың туындау қаупі болған кезде)
Акт санитарно-карантинного контроля № ____ (при наличии риска возникновения чрезвычайных ситуаций)

"___"_____20__ жыл (год)_____

Мен (Мною) Біз (Нами)_____
_____ лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (бұдан әрі – Т.А.Ә.) (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), (далее –Ф.И.О.) ____
_____
мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органының атауы (Наименование органа государственного санитарно- эпидемиологического надзора) мыналардың: (с участием) тексеруге қатысқан басқа мамандарды көрсетіңіз _____
_____ (указать других специалистов, участвовавших в обследовании) _____
_____ қатысуымен мамандар болғанда: (в присутствии)_____
_____ лауазымы, лауазымды тұлғаның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (немесе заңды тұлғаның басшысының немесе жеке тұлғаның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)) (должность, Ф.И.О. (при его наличии) должностного лица (или руководителя юридического лица или Ф.И.О. (при его наличии) физического лица) ___
_____
_____ _____ тексеру жүргіздік (проведено обследование)

1. Рейстің нөмірі (Номер рейса) _____
_____

2. Компанияның атауы (Наименование компании)_____
_____

3. Қозғалыс маршруты (Маршрут движения) _____
_____

4.Жолаушылар /экипаж мүшелері саны (Количество пассажиров/членов экипажа) _
_____
____

5. Көлік құралында инфекциялық ауруға күдікті науқастардың болуы (Наличие на транспортном средстве больных подозрительных на инфекционное заболевание) _____
_____
иә/жоқ (да/нет)

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), (Ф.И.О. (при его наличии))_____
_____

6. Симптомдары (керектіні сызу) қызба, температура 38,5 С, жөтел, бездердің,

лимфа түйіндерінің ісінуі, тамақ ауруы, диарея, бірнеше рет құсу, тері бөртпесі, сарғаю, көгеру, қан кету, сананың шатасуы (Симптомы (нужное подчеркнуть) лихорадка, температура 38,5 С, кашель, опухание желез, лимфоузлов, боль в горле, диарея, неоднократная рвота, кожная сыпь, желтуха, кровоподтек, кровотечение, спутанность сознания).

Науқасқа қатысты мынадай іс-шаралар жүргізілді (В отношении больного человека проведены мероприятия)_____
_____

7. Көлік құралында болжамды түрде инфекциялық сипаттағы аурудан қайтыс болған адамдардың болуы (Наличие на транспортном средстве лиц, умерших предположительно от заболевания инфекционной природы) _____
_____ иә/жоқ (да/нет)

8. Көлік құралында кеміргіштердің, жәндіктердің болуы (Наличие на транспортном средстве грызунов, насекомых) _____
_____ иә/жоқ (да/нет)

9. Халық денсаулығына қауіп төндіретін жүктің атауы (Наименование груза, представляющего опасность для здоровья населения) _____
_____ иә/жоқ (да/нет)

10. Қажетті ілеспе құжаттарының болуы (Наличие необходимых сопроводительных документов):

а) Көлік құралының жалпы декларациясының санитариялық бөлігі (Санитарная часть общей деклараций транспортного средства)_____
_____

б) Жолашылар манифесті (Пассажирский манифест)_____
_____

в) Жолаушылар және басқа да көлік құралдарын дезинфекциялауды, дезинсекциялауды және дератизациялауды растайтын құжаттар (Документы подтверждающие проведение дезинфекции, дезинсекции и дератизации пассажирского и иного транспортного средства)_____
_____

г) Жүктің қауіпсіздігін куәландыратын ілеспе құжаттар (сопроводительные документы на грузы, удостоверяющие ее безопасность) _____
_____

Қорытынды(Заключение):_____
_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ Қолы (Подпись) _____
_____

Тексеруге қатысып, акті бір данасын алды (При обследовании участвовал, и экземпляр акта получил) _____ _____ Аяқталды (Окончено) " "_____20__ жыл (год) ____ сағат (часов)_____минут

Акт ___ данада толтырылды (Акт составлен в ____ экземплярах).

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
339-қосымша

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

Приложение 339
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 339/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 339/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Жіті респираторлық вирустық инфекция бойынша зертханалық зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы

Журнал Регистрации результатов лабораторных исследований по острой респираторной вирусной инфекции

Басталуы (начало): _____

Аяқталуы (окончание): _____

				Басқа респираторлық вирустық инфекциялар Другие респираторные вирусные инфекции									

р/с № № п/п	Зертханалық нөмір / Лабораторный номер	Сәйкестендіру №/ Идентификационный №	Апта / Неделя	Парагрипп (hPiv)				Респираторно-синцитиальный вирус (hRSv)	Метапневмовирус (hMpv)	Коронавирус (hCov)	Риновирус (hRv)	Аденовирус (hAdv)	Бокавирус (hBov)	Другие ОРВИ	Дата выдачи результатов Берілген күні нәтижелер нәтижелер	Подпись/ Қолы
				1	2	3	4									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
340-қосымша

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

Приложение 340
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 340/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 340/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Тұмау инфекциясын зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы
Журнал регистрации результатов исследования гриппозной инфекции

Басталуы (начало): _____

Аяқталуы (окончание): _____

№ п/п	Зертханалық № Лабораторный №	Сәйкестендіру № Идентификационный №	Науқас адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии) больного человека	Туған күні Дата рождения	Материал қайдан түсті Откуда поступил материал	Диагноз	Аурудың диагнозы Диагноз болезни
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы/Продолжение таблицы

Үлгінің күйі (1-барабар, 2-барабар емес) Состояние образца (1-адекватное, 2 - неадекватное)	Апта Неделя	Күні Дата				Нәтижесі Результат	Нәтиженің берілген күні Дата выдачи результата
		Аурулар Заболевания	Материалды алу Взятие материала	Материалды жеткізу Доставка материала	Зерттеу Исследования		
9	10	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
341-қосымша

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

Приложение 341
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ ж

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**ылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 341/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 341/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №___

Тұрмыстық қатты қалдықтардың мөлшерін есепке алу журналы
Журнал учета количества твердых бытовых отходов

Басталуы (Начат) "___"_____20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20__ ж. (г.)

Күні Дата	**Қалдықтарды тиеп жіберген ұйымның атауы Наименование организации ,отгрузившей отходы**	**Қалдықтардың түрі Вид отходов**	**Қалдықтардың мөлшері Количество отходов**		**Қалдықтардың құрамы Состав отходов**	**Картаның нөмірі Номер карты**
			Тонна/ тонн	м3		
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
342-қосымша

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

Приложение 342
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____**

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**№___ бұйрығымен бекітілген № 342/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 342/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №___

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттаманы қарау орнына келуге шақырту
Повестка о явке по месту рассмотрения протокола об административном правонарушении

Тұлға (Лицо):_____
___

Тұрғылықты мекенжайы: (место проживания) _____
_

20___жылғы _____ келу туралы шақыртуды (повестку о явке "____"____ 20___ года)

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының атауы (Наименование государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

_____

Мемлекеттік органның мекенжайы (адрес государственного органа)_____
__

20___жылы _____ алдым (получил "____" _____ 20__ года) _____ _____
_____

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)

Шақырту___данада толтырылды (повестка составлена в экземплярах).

Шақыртуды толтырған лауазымды тұлғаның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись должностного лица составившего повестку)_____
_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
343-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
343-қосымша
Приложение 343
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 343/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 343/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Атқарылған жұмыстарды (зоологиялық) есепке алу күнделігі
Дневник учета проведенной работы (зоологической)

Күні /Дата_____ аумақ атауы/ название территории _____

Кеміргіш иесі / Вид грызуна _____ жинау әдісі/метод сбора

Колония номірлері № Номера колоний №	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Тіршілік етуі обитаемость										
Есепті жинақ Учетный сбор										
Азық камерасы										

Кормовая камера										
Қосымша жинақ Дополнительный сбор										

Жаппай жинау /Массовый сбор:

Колониялар қарап-тексерілді /Осмотрено колоний _____оның ішінде бүрге бар/ из них с блохами ____

Жинақ жүргізді /Сбор проводил:_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
344-қосымша

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

Приложение 344
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы (альбом)
Формат А4 (альбомный)

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 344/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 344/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Бүргелер популяциясының экологиялық-физиологиялық жай-күйін тіркеу журналы
Журнал регистрации эколого-физиологического состояния популяций блох

Айлары, онкүндігі Месяцы, декады	Жинаған нысан Объект сбора	Қаралған бүргре Просмотрено блох	Алиментарлық белсенділігі Алиментарная активность					Дене майының даму сатысы Состояние жирового тела					Физиологиялық жасы Физиологический возраст					
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
345-қосымша

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

Приложение 345
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 345/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 345/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

_____ обаға қарсы күрес станциясы

противочумная станция

_____ обаға қарсы күрес бөлімшесі

противочумное отделение

_____ обаға қарсы күрес жасағы

противочумный отряд

Далалық материалды зерттеу хаттамасы
Протокол исследования полевого материала

Кемірігіш № / № грызуна	Жинақ күні/ Дата сбора	Зерттеу күні / Дата исслед.	Мекенжай/ Адрес	Объект / Объект	Колония № / № колонии	Ересектер / Взрослые		Жастар / Молодые		Семіздігі / Упитанность	Қысыр / Яловая	Жүктілік / Беременность	Күшіктенген / Ощенившиеся
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

жалғасы / продолжение

Эмбриондар мөлшері/ Кол-во эмбрион	Резорб. эмбр. саны / Кол-во резорб.эмбр.	Гельминдер / Гельминты	Паталогиялық-анатомиялық суреті/ Паталогия анатомическая картина	Зерттеу нәтижесі		
				Результаты исследования		
				Серологиялық		Бактериологиялық
				Серологически		Бактериологически
				РНГА	РНАг (т)	
15	16	17	18	19	20	21

жалғасы / продолжение

суспензия № / суспензия №	биосынама № нәтижесі / № биопробы результат	Буын аяқтылар / Членистоногие													
		Бүргелер түрлері / Блохи по видам													
														Анықтаусыз/ Без опред.	Барлық бүргелер/ Всего блох
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37

жалғасы / продолжение

Буын аяқтылар / Членистоногие						Суспензия себу № / № посевов суспензий	Себу сану/ Количество посевов	Коллекциясы/ Коллекция	Бактериологиялық зерттеу нәтижесі / Результаты бактериологического исслед
Кенелер түрлері / Клещи по видам									
				Анықтаусыз/Без опред.	Барлық кенелер/ Всего клещей				
38	39	40	41	42	43	44	45	46	47

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ___ бұйрығына
346-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
346-қосымша
Приложение 346
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы (альбом)
Формат А4 (альбомный)

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____** **№ _____бұйрығымен бекітілген** **№ 346/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 346/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Елді мекендерде кеміргіштердің болуын зерттеп-қарау тізімдемесі
Ведомость обследования населенных пунктов на наличие грызунов

20___ ж. "_____" _____ тышқан тәріздес кеміргіштер мен паразиттердің болуына _____ зерттеп-қарау обследования_____ на наличие мышевидных грызунов и паразитов " _____" _____ 20___ г.

	Т.А.Ә.(болған жағдайда)	Тұрғын үй Жилой дом						Сарай			Дезинсекция		Дератизация		Сан-ағарту жұмысы Сан.просвет работа			Қолы
		қақпан давилки			Желімді парақтар Клеевые листы			қақпан										
				аулаған кемі						аулаған кемі	улы химикат жұмсалуы		улы химикат жұмсалуы/расход		жүргізілген әңгі		тараты лған	

№	Ф.И.О. (при его наличии)	саны / кол-во	м²	ргіштер/ пойманогрызунов	саны / кол-во	м²	ауланған сыртма сылдар	саны / кол-во	м²	ргіштер/ пойманогрызунов	м²	ы/ расход ядохимикатов	м²	ядохимикатов / расход ядохимикатов	ме/ проведено бесед	тыңдаушы саны / кол-во слушателей	парақша роздано листовок	Подпись
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
347-қосымша

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

Приложение 347
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 347/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 347/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Елді мекендегі (жабық стация) жұмыстарды есепке алу күнделігі
Дневник учета работ в населенном пункте (закрытая стация)

Күні /Дата_____ Елді мекен /Населенный пункт _____ _____

Қарап-тексерілген объектілер/Осмотрено объектов _____ Ауданы м² / Площадь м² _____

Құрылысы/ Постройки _____ Желімді парақтар саны/Количество клеевых листов _____

Бүргелер бар желімді парақтар саны/ Количество клеевых листов с блохами_____ _____

Жинақ жүргізді /Сбор проводил _____ (Т.А.Ә. (ол болған жағдайда))/ (Ф.И.О.(при его наличии))

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
348-қосымша

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

Приложение 348
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы (альбом)
Формат А4 (альбомный)

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 348/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 348/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Кене түрлерінің басымдылық индексі (елді мекендердің төңірегі)
Индексы доминирования клещей по видам (окрестности населенных пунктов)

Күні дата	Елді мекендер Населенные пункты	Кене саны (Количество клещей)	Кене түрлерінің басымдылық индексі (%) Индексы доминирования клещей по видам (%)							

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
349-қосымша

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

Приложение 349
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А5 Форматы

Формат А5

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 349/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 349/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

А5 Форматы кітапша 12

Формат А5 (книжный) № 12

Конго-Қырым геморрагиялық қызбасына кенелерді зерттеуге арналған жолдама
Направление на исследование клещей на Конго-Крымскую геморрагическую лихорадку

_____ зерттеу үшін (Для исследования)_____ түтіктер/ құтылар саны (количество пробирок/флаконов)_____ зертханасына жіберіледі(клещи). Зертханаға (В лабораторию) _____ _____ 1. Елді мекеннің атауы, елді-мекені (Наименование населенного пункта)_____ 2. Жиналған күні, айы, жылы (Дата сбора) _____ 3. Сектордың шифры (Шифр сектора) _____ _____ 4. Координаттар (Координаты) N_____ E_____ _____ 5. Қарап-тексерілген ІҚМ (Осмотрено КРС):_____ _____ 6. Кенелер бар мал (Из них с клещами) _____ _ Көзбен шолу саны (қажеттісінің астын сызу) Визуальное число (нужное подчеркнуть) : өте төмен – 1 ден 10 кенеге дейін (очень низкое – от 1 до 10 клещей) төмен – 11 ден 30 кенеге дейін (низкое – от 11 до 30 клещей) орта – 31 ден 50 кенеге дейін (среднее – от 31 до 50 клещей) жоғары – 51 ден 100 кенеге дейін (высокое – от 51 до 100 клещей) өте жоғары – 101 ден жоғары (очень высокое – от 101 и выше) 7. Иесінің мекенжайы, Т.А.Ә.(ол болған жағдайда) (Адрес, Ф.И.О. (при его наличии) хозяина)_____ 8. Зоолог (Зоолог) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
350-қосымша

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

Приложение 350
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы (альбом)

Формат А4 (альбомный)

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 350/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы		Медицинская документация Форма № 350/у

мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Кенелерді Конго-Қырым геморрагиялық қызбасына зерттеу нәтижелерін есепке алу журналы
Журнал учета результатов исследования клещей на Конго-Крымскую геморрагическую лихорадку

Жинау күні / Дата сбора	Зерттеу күні / Дата исследования	Жинау орны / Адрес сбора	Объектілер саны// Количество объектов	Кенелерімен/ с клещами	Кене түрлерінің аталуы Видовое название клещей				Барлығы / Всего	Дернәсілдер / Личинки	Нимфалар / Нимфы	Аналықтар / Самцы	Аталықтар / Самцы	Суспензия себу № № посево в суспензии	Зерттеу нәтижелері (ИФТ) Результаты исследования (ИФА)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		14	15	16	17	18

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
351-қосымша

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

Приложение 351
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____**

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**№ _____бұйрығымен бекітілген № 351/е нысанды медициналық құ жаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 351/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Оба қоздырғышы штамының паспорты №_____
Паспорт штамма возбудителя чумы №_____

Микроб түрі (Вид микроба)_____ Штамм номері(Номер штамма) _____ _____ Дәрігер бөліп алды (Выделено врачом) _____ _____ Эпиджасақ (эпидотряд)_____ Станция (бөлімше) Станция (отделение) _____ Неден (от) _____ _____ Неден (от) _____ (кеміргіш түрі) (эктопаразит түрі, саны) (вид грызуна) (вид эктопаразита, кол-во) Жынысы (Пол)_____Жасы (Возраст)_____Генерат.күйі (Генерат.состояние)_____ Ауланған орны: тарап алу, інге кірістер (Откуда добыты: очес, входы нор) _____ _____ _____ (подчеркнуть) (астын сызу) (Пойман или найден павшим)_____ _____ қазу кезінде (при раскопке)_____ ауланды немесе өлі табылды (астын сызу) (подчеркнуть) Жинау күні (Дата сбора)_____ _____ Себу күні (Дата посева)_____ Өсірінді бөлінген күн (Дата выделения культуры)_____ Материал жиналған орын (Место сбора материала) _ _____ (ошақ, орын атауы, бірінші аудан шифры) (очаг, название точки, шифр первичного района) Паталогиялық-анатомиялық өзгерістер (Паталогоанатомические изменения): Лимфа түйіндері (қандай) (Лимфатические узлы (какие))_____ Бауыр (Печень)_____ _____ Көкбауыр (Селезенка) _____ _____ Өкпе (Легкие)_____ _____ Басқа ағзалар (Другие органы)_____ _____ Табиғи материалдың бактериоскопия нәтижесі (Результат бактериоскопии нативного материала) _____ _____ Культураны бөлу әдісі (Способ выделения культуры)_____ Жұқтырылған биосынама туралы деректер (Данные о зараженной биопробе)_____ Жануар түрі (Вид животного)_____ Өлді (

Пало.забито на) _____ тәулікте (астын сызу) сутки (подчеркнуть) Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)_____ Бөлінген өсірінді сипаттамасы (Характеристика выделенной культуры)_____ _____ _____ _____ _(непосредственно от грызуна или эктопаразита) (кеміргіштен не эктопаразиттен тікелей бөлінген) Агарда өсу (Рост на агаре) (бірінші табақшалар) (первичные чашки):

А) Қандай агарға себу жасалды, қандай стимулятор, ингибитор қосылды (На какой агар сделан посев, какой стимулятор, ингибитор добавлены)_____ _____ _____ _____ _____ _____

Б) Оба микробы колонияларының саны (40-тан 100 колонияға дейін – көп; 100-ден жоғары – көп өсу; біріккен колониялар – ағызып өсу) (количество колоний чумного микроба (от 40 до 100 колоний -

много; свыше 100-обильный рост; сплошной рост по ходу посева - сливной рост))

Көкбауыр/ селезенка	Бауыр/ печень	Қан/ кровь			

Г) өскен бөгде микроб колонияларының сипаттамасы (характеристика колоний выросших посторонних микробов)_____ _____ _____ Сорпада өсу (Рост на бульоне)_____ _____ Глицеринге қатынасы (Отношение к глицерину)_____ _____ Оба фагына қатынасы (Отношение к чумному фагу)_____ _____ Жалған туберкулез фагына қатынасы (Отношение к псевдотуберкулезному фагу) _____ Бөлінген өсіріндіге бактериофагтың болуы (Наличие бактериофага к выделенной культуре)___ _____ ___ ПТР нәтижесі (гендер бойынша бөлек) (Результаты ПЦР (отдельно по генам))_____ _____ ИФТ нәтижесі (Результаты ИФА) _____ _____ Өсіріндіні растады (Кто подтвердил культуру)_____ (фамилия, число, месяц) (тегі, күні, айы) Өсіріндіні растаған дәрігердің қолы _____ (Подпись врача, подтвердившего культуру)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
352-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
352-қосымша
Приложение 352
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А6 Форматы
Формат А6

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі **Министерство здравоохранения Республики Казахстан**		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____** **№ _____бұйрығымен бекітілген** **№ 352/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 352/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

А6 Форматы (кітапша)
Формат А-6 (книжный)

Жиналған далалық материалдар тізімі
Опись добытого полевого материала

Кеміргіштердің түрі
Виды грызунов
1._____
2._____
3._____
4._____
5._____
6._____
7._____
8._____
Ауланған күні:
Дата добычи
Ауланған орны:

Место добычи
Ұсталған кеміргіштердің жалпы саны
Общее количество пойманных грызунов
Өлген кеміргіштер табылды
Найдено павших грызунов
Қолы:
Подпись

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
353-қосымша

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

Приложение 353
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы (альбом)
Формат А-4 (альбомный)

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген №353/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 353/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _ _____ 20__ года №_____

Паразитологиялық мәліметтер
Паразитологическая сводка

_____ зертхана (лаборатория) _____жасағы (отряд) 20_____ ж. _____

		Зерттеге				

Зерттеп-қарау күні Дата обследование	Есепке алу пункті/ Пункт учета	п-қарау объектілері (жануар түрлері, иесі) Объекты обследования (виды животных, хоз. норгнездо)	Объектілер саны Кол-во объектов			Эктопаразиттердің түрлері Виды эктопаразитов														Барлығы Всего		Себулер Посевы
			Барлығы/ всего	бүргесі бар/ с блохами	кенесі бар/ с клещами															Бүрге/ блох	Кене/ Клещи	Кенеден клещи
																						Жеке Инд.

жалғасы / продолжение

Барлығы Всего	Индекс		Себулер Посевы			
Кене/ Клещи	К О	К В	Бүргеден блох		Кенеден клещи	
			Тобы гр.	Жеке инд.	Тобы гр.	Жеке Инд.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
354-қосымша
Қазақстан Республикасының

Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
354-қосымша
Приложение 354
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы (альбом)
Формат А-4 (альбомный)

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2022 жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 354/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 354/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _ _____ 2022 года №_____

Эктопаразитологиялық зерттеулер мен олардың нәтижелерін тіркеу журналы
Журнал регистрации эктопаразитологических исследований и их результатов

					Объектілер саны Кол-во объектов			Эктопаразит түрлері Виды эктопаразитов											Ескертпе Бактериологиялық зерттеу жұмыстары, есепке алу жинақта
Ашу журналы бой			Биотоп																

ын шамалдың № № животных по журналу вскрытия	Жинау күні / Дата сбора	Зерттеу күні / Дата исследования	жинау мекенжайы / Адрес сбора биотоп	Зерттеу объектілері / Объекты исследования	Барлығы / Всего	Бүргелер бар/ В т.ч. с блох	Кенелер бар/ С клещами										Суспензия себулерінің № № посевов суспензии	ры және өзгелер Примечание результаты бактериологического исследования учетные сборы и прочее

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
355-қосымша

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

Приложение 355
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы (альбом)

Формат А-4 (альбомный)

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____**

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**№ _____бұйрығымен бекітілген № 355/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 355/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Объектілердегі иксод кенелер саны көрсеткіштері
Показатели численности иксодовых клещей на объектах

Күні дата	Елді мекендер Населенные пункты	Қаралған мал басы Осмотрено животных	Кенелер бар мал басы Из них с клещами	Кене түрлері Виды клещей				Барлық кенелер Всего клещей				Көптік индексі Индекс обилия		Кездесу жиілігінің индексі Индекс встречаемости

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
356-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
356-қосымша
Приложение 356 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы (кітапша)
Формат А4(книжный)

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 356/е нысанды медициналық құжаттама**

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 356/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Зерттеп-қаралған учаске бойынша ақпарат
Информация по обследованному участку

1) Учаске атауы (сынама алынған орын) Наименование участка (место забора пробы) _____

2) Зерттеп-қарау күні, айы, жылы (Дата обследования число, месяц, год) _____ _____

3) Секторы (Сектор)_____ _

4) Координаттары (Координаты) _____ ___

5) Үлкен құмтышқанның қонысы (Поселение большой песчанки)_____ _

6) км 2-ге үлкен құмтышқандар колонияларының тығыздығы (Плотность колоний Б /п на/ км 2 _____

6) Колониялардағы тіршілік көзі (Обитаемость колоний) _____ _____

7) км2-ге үлкен құмтышқандар саны (Число больших песчанок,на/км2)_____ _____

8) Колониялардағы үлкен құмтышқандар саны

Число песчанок на колонию _____

9) Қосалқы таратушылардың қақпанға түсу %-ы Попадаемость второст.носителей на давилки %_____ 10)Үйлер, киіз үйлер және т.б. саны Число домов, юрт,и др _____

11)Адамдардың болуы (Наличие людей) _____

а) қызмет түрі

род занятий _____ ___

б) обаға қарсы егілгендер

привитые против чумы _____ ___

13) Аталған учаскеге келген уақыты

Время пребывания на данном участке _____
_____

14) Түйелердің болуы
Наличие верблюдов _____
_____

а) обаға қарсы егілгендер
Привитые против чумы _____
____

б) жайылым жері
Место выпаса _____
_____

15) Елді мекенде зерттеп-қаралды _____
____ Обследовано в населенном пункте
- м2 кемiргiштермен зақымдануға - на зараженность грызунами м2 _____
_____

м2 кемiргiштермен С грызунами м2_____
_____

- м2 бүргелермен зақымдануға на пораженность блохами м2 _____
_____

м2 бүргелермен
С блохами м2_____
____

д) дератизация
м2дератизация м2_____
_____

е) дезинсекция м2 дезинсекция м2_____
___

16) Санитариялық – ағарту жұмысы жүргізілді
Проведена санитарно просветительная работа _____
____

а) оқылған дәріс саны/қамтылған адамдар
прочитано лекций количество /охвачено людей _____
_____

б) өткізілген әңгімелер саны/ қамтылған адамдар
проведено бесед количество /охвачено людей _____
_____

в) таратылған үнпарақтар, кітапшалар саны/ қамтылған адамдар
роздано листовок ,брошюр. количество / охвачено людей _____
____

17) Ескертпе (Примечание) _____
____ Зоологтың Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии) зоолога _____
_____ қолы (подпись), күні (дата)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
357-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
357-қосымша
Приложение 357 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 357/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 357/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Жұқпалы блокқа кіру журналы
Журнал посещения заразного блока

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___" _____20____ж. (г.)

р/с № № п/п	Күні / Дата	Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) / Фамилия, Имя,	Лауазымы / Должность	Орындалған жұмыстың сипаты /	Жұмыстың басталған уақыты /	Жұмыстың аяқталған уақыты / Время завершения работы	

		Отчество (при его наличии)		Характер выполняемых работ	Время начала работы	Спросить Объяснить	Қолы / Подпись
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
358-қосымша

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

Приложение 358
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 358/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 358/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Қызметкерлердің температуралық режимін тіркеу журналы
Журнал регистрации температурного режима сотрудников

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____20____ж. (г.)

	Т.А.Ә. (болған жағдайда)	лауазы	

№	дайда) / Ф.И.О. (при его наличии)	мы / Должность	Ай / Месяц																
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

жалғасы / продолжение

Ай / Месяц												
19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
359-қосымша

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

Приложение 359
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 359/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 359/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Патогендігі I-II топтардағы патогенді биологиялық агенттерді және патогендігі III-IV топтардағы коллекциялық микроорганизмдерді микробиологиялық зертхана (ұйым) шегінде беру актілерін тіркеу журналы

Журнал регистрации актов передачи патогенных биологических агентов I–II групп патогенности и коллекционных микроорганизмов III–IV групп патогенности в пределах микробиологической лаборатории (организации)

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____20____ж. (г.)

р/с № №п/п	Тіркеу № және күні № и дата регистрации	Талап қайдан түсті (зертхана, бөлімше атауы) Откуда поступило требование (название лаборатории, отделений)	Өкімді кім берді (күні және тіркеу №) Кем дано распоряжение (дата и регистрационный №)	Микроорганизі мнің атауы (штамдар №) Наименование микроорганизма (№ штаммов)	Жіберілген ыдыс саны (ыдыстың, қаптаманың түрі) Количество отпущенных емкостей (вид посуды, упаковки)	Микроорганизі мді берген күн Дата выдачи микроорганизма	Өсіріндіні беретін адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы Ф.И.О. (при его наличии), должность, подпись лица, передающего культуру	Өсіріндіні алған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы Ф.И.О. (при его наличии), должность, подпись лица получившего культуру
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
360-қосымша

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

Приложение 360
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 360/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 360/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Патогенді микроорганизмдерді жою актілерін тіркеу журналы Журнал регистрации актов уничтожения патогенных микроорганизмов

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____20____ж. (г.)

р/с № № п/п	Жоюды тіркеу № № регистрации уничтожения	Өсіндіні жою күні Дата уничтожения культуры	Өсіріндіні жоюға өкім берген адамның Т.А.Ә.(ол болған жағдайда), лауазымы Ф.И.О. (при его наличии), должность лица давшего распоряжение на уничтожение культуры	Жою туралы өкім (номері, күні) Распоряжение на уничтожение (номер, дата)	Микроорганизмдердің атауы Наименование микроорганизмов	Жою әдісі / Метод уничтожения		Көлемі мен ыдыс түрі Количество и вид емкости	Жоюға қатысқан қызметкерлердің Т.А.Ә.(ол болған жағдайда), лауазымы, қолы Ф.И.О.(при его наличии), должности, подписи специалистов принявших участие в уничтожений
						Автоклав режимі (қысымды, уақытты жазу) Автоклав режим (прописать давление, время)	Дезинфекциялық ертіндің атауы, залалсыздандыру уақыты (экспозициясы)/ Наименование дезинфекционного раствора, время экспозиции		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
361-қосымша

Қазақстан Республикасының

Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
361-қосымша
Приложение 361
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 361/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 361/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Патогенді микроорганизмдер салынған ыдыстарды ашу актілерін тіркеу журналы Журнал регистрации актов вскрытия емкостей с патогенными микроорганизмами

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___" _____20____ж. (г.)

№пп	Ашу актісінің тіркеу № № регистрациии акта вскрытия	Ашу күні Дата вскрытия	Ұйымға жеткізілген күні День доставки в организацию	Ұйымнан жөнелтілген күні День отправки организации	Ұйым басшысының рұқсатының шығыс номері, күні Исходящий номер, дата разрешения руководителя организации	Микроорганизмнің атаулары, нөмірлері Наименования, номера микроорганизма	Объект атауы және саны Наименование и количество обьекта	Өсіріндіні қабылдаған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы Ф.И.О. (при его наличии), должность, подпись лиц принявшего культуру

1	2	3	4	5	6	7	8	9
						Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2026 жылғы " " _____ № ___ бұйрығына 362-қосымша Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 20 тамыздағы № ҚР ДСМ-84 бұйрығына 362-қосымша Приложение 362 к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 августа 2021 года № ҚР ДСМ-84 Нысан Форма А4 Форматы Формат А4		

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 362/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 362/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Виварий жануарларының кіріс-шығысын ай сайын тіркеу журналы
Журнал ежемесячной регистрации прихода-расхода животных вивария

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____20____ж. (г.)

НҚАсәйкес сақтау мерзімі/Срок хранения согласно НПА:

№	Айы	Ұйымның атауы	Өсірілген немесе алынған жануарлар саны Количество выданных	Берілген жануарлар саны Количество выданных	Өлтірілгендер саны	Өздігінен өлгендер саны	Пайдаланылғандар саны	Қалдық	Қызметкердің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы Ф.И.О.

	Месяц	Наименование организаций	выращенных или полученных животных	х животных	Количество убитых	Количество павших	Количество использованных	Остаток	(при его наличии), должность , подпись работника
1	2	3		4	5	6	7	8	9
Ақ тышқандар (Белые мыши)									
Теңіз шошқасы (Морская свинка)									
Қояндар (Кролики)									
Қойлар (Овцы)									
Тағы басқа жануар түрі (Другие виды животных)									

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
363-қосымша

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

Приложение 363
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 363/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 363/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Виварий жануарларының санын күн сайын тіркеу журналы
Журнал ежедневной регистрации количества животных вивария

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___" _____20____ж. (г.)
НҚА-ға сәйкес сақтау мерзімі/Срок хранения согласно НПА:

		Саны/Количество					
№	Жылы, айы, күні, Год, месяц, день	Күннің басында __ На начало дня___	Өлтірілді Убито	Өздігінен өлгені Пало	Бөлімшелерге, эпидемиологиялық жасақтарға және т.б. жіберілді Отправлено в отделения, эпидемиологические отряды и т.д.)	Қалдық Остаток	**Қызметкердің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы Ф.И.О. (при его наличии), должность, подпись работника**
1	2	3	4	5	6	7	8
Ақ тышқандар (Белые мыши)							
Теңіз шошқасы (Морская свинка)							
Қояндар (Кролики)							
Қойлар (Овцы)							
Тағы басқа жануар түрі (Другие виды животных)							

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
364-қосымша

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

Приложение 364
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 364/е нысанды медициналық құжаттама**
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 364/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года №_____

Қоректік орталардың жарамдылығын бақылау журналы
Журнал контроля пригодности питательных сред

Тіркеу № № регистрации	**Күні Дата**	**Ортаның атауы Наименование среды**	**Өндіруші, сериясы, салмағы Производитель серия, вес**	**Жарамдылық мерзімі Срок годности**	**Дайындалған күні Дата приготовления**	**Бақылау түрі Вид контроля**	**Тест-штаммдар Тест - штаммы**	**Себу дозасы Посевная доза**	**Инкубация шарттары Условия инкубаций**	**Зерттеу нәтижесі Результат исследования**	**Қорытынды Заключение**	**Күні және жауапты адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда) Дата и Ф.И.О. (при его наличии) ответственного лица**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Ескертпе (Примечание):

Құжат электронды түрде толтырылған жағдайда қағаз түрінде толтыруды қажет етпейді және "___данада толтырылды" деген бөлігі толтырылмайды.

Не требует заполнения на бумажном носителе если документ заполняется в электронном виде и раздел "составлен в ____ экземплярах" не заполняется.

© 2012. Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінің «Қазақстан Республикасының Заңнама және құқықтық ақпарат институты» ШЖҚ РМК