

Об утверждении форм учетной и отчетной документации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 августа 2021 года № ҚР ДСМ-84. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 24 августа 2021 года № 24082.

В соответствии с подпунктом 31) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" **ПРИКАЗЫВАЮ:**

Сноска. Преамбула - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 20.06.2024 № 24 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

1. Утвердить:

- 1) форму акта отбора бактериологических тестов, согласно приложению 1 к настоящему приказу;
- 2) форму акта отбора био тестов, согласно приложению 2 к настоящему приказу;
- 3) форму акта отбора смывов, согласно приложению 3 к настоящему приказу;
- 4) форму акта отбора образцов воды, согласно приложению 4 к настоящему приказу ;
- 5) форму акта отбора проб (воздуха (бактериологическое исследование воздушной среды), лекарственных форм, на стерильность, образцов полимерных и других материалов, изделий из них, химических веществ и композиций, продукции для детей и подростков), согласно приложению 5 к настоящему приказу;
- 6) форму акта отбора образцов почвы, согласно приложению 6 к настоящему приказу;
- 7) форму акта отбора пищевых продуктов на проведение исследования, согласно приложению 7 к настоящему приказу;
- 8) форму акта отбора образцов на исследование радиоактивности, согласно приложению 8 к настоящему приказу;
- 9) форму акта отбора проб дезинфицирующих средств, согласно приложению 9 к настоящему приказу;
- 10) форму акта отбора проб внешней среды на зоонозные и особо опасные инфекции, согласно приложению 10 к настоящему приказу;
- 11) форму акта отбора проб клещей, согласно приложению 11 к настоящему приказу;
- 12) форму акта о результатах расследования случая неблагоприятного проявления после иммунизации, согласно приложению 12 к настоящему приказу;

12-1) форму акта о назначении расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, согласно приложению 12-1 к настоящему приказу;

12-2) форму акта о продлении сроков расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, согласно приложению 12-2 к настоящему приказу;

12-3) форму акта о результатах расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, согласно приложению 12-3 к настоящему приказу;

12-4) форму акта о назначении контрольного закупа продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, согласно приложению 12-4 к настоящему приказу;

12-5) форму акта покупки продукции (товара), согласно приложению 12-5 к настоящему приказу;

12-6) форму акта о результатах контрольного закупа продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, согласно приложению 12-6 к настоящему приказу;

13) форму направления на вирусологические исследования, согласно приложению 13 к настоящему приказу;

14) форму направления в дезинфекционную камеру, согласно приложению 15 к настоящему приказу;

15) форму направления на исследование крови на маркеры вирусных гепатитов, согласно приложению 15 к настоящему приказу;

16) форму направления на исследование образцов проб на вирусологическое исследование, согласно приложению 16 к настоящему приказу;

17) форму направления материала (от обследуемого, больного) для исследования на корь, краснуху, согласно приложению 17 к настоящему приказу;

18) форму направления на санитарно-паразитологическое исследование, согласно приложению 18 к настоящему приказу;

19) форму направления материала от людей на микробиологические исследования, согласно приложению 19 к настоящему приказу;

20) форму направления материала от людей на исследования, согласно приложению 20 к настоящему приказу;

21) форму направления и результат исследования материала на наличие возбудителя холеры, согласно приложению 21 к настоящему приказу;

22) форму протокол исследования материала на наличие возбудителя холеры, согласно приложению 22 к настоящему приказу;

23) форму протокола исследования образцов пищевых продуктов, согласно приложению 23 к настоящему приказу;

- 24) форму протокола микробиологического исследования воды, согласно приложению 24 к настоящему приказу;
- 25) форму протокола микробиологического исследования смывов, согласно приложению 25 к настоящему приказу;
- 26) форму протокола микробиологического исследования пищевых продуктов, согласно приложению 26 к настоящему приказу;
- 27) форму протокола микробиологического исследования (воздуха, почвы, лекарственных форм), согласно приложению 27 к настоящему приказу;
- 28) форму протокола микробиологического исследования на носительство, согласно приложению 28 к настоящему приказу;
- 29) форму протокола бактериологического исследования фекалий, согласно приложению 29 к настоящему приказу;
- 30) форму протокола исследования образца переработки нефтепродуктов и специальных жидкостей, согласно приложению 30 к настоящему приказу;
- 31) форму протокола исследования сырья и пищевых продуктов на молекулярно-генетические испытания, согласно приложению 31 к настоящему приказу ;
- 32) форму протокола исследования пищевых продуктов на молекулярно-генетические испытания методом полимеразно-цепной реакций (далее - ПЦР) и иммуноферментный анализ (далее – ИФА), согласно приложению 32 к настоящему приказу;
- 33) форму протокола микробиологического исследования на зоонозные и особо опасные инфекции, согласно приложению 33 к настоящему приказу;
- 34) форму протокола исследования образца полимерных и других материалов, изделий из них, химических веществ и композиций, согласно приложению 34 к настоящему приказу;
- 35) форму протокола измерений концентрации аэроионов, согласно приложению 35 к настоящему приказу;
- 36) форму протокола измерения уровней вибрации, согласно приложению 36 к настоящему приказу;
- 37) форму протокола измерения уровней шума, звукоизоляций согласно приложению 37 к настоящему приказу;
- 38) форму протокола измерения электромагнитного поля, согласно приложению 38 к настоящему приказу;
- 39) форму протокола исследования растениеводческой продукции на содержание нитратов, согласно приложению 39 к настоящему приказу;
- 40) форму протокола исследования сельскохозяйственной продукции, продуктов питания, воды, почвы, воздушной среды на определение остаточных количеств

пестицидов (лаборатория Высоко технологических исследований (далее - ВТИ)), согласно приложению 40 к настоящему приказу;

41) форму протокола исследования дезинфицирующих средств, согласно приложению 41 к настоящему приказу;

42) форму протокола серологических исследований (вид инфекции), согласно приложению 42 к настоящему приказу;

43) форму протокола исследования образцов на санитарную вирусологию, согласно приложению 43 к настоящему приказу;

44) форму протокола исследований образцов (вид инфекции), согласно приложению 44 к настоящему приказу;

45) форму протокола исследования радиоактивности древесного сырья и изделий из дерева, согласно приложению 45 к настоящему приказу;

46) форму протокола исследования радиоактивности почвы и растительности, согласно приложению 46 к настоящему приказу;

47) форму протокола исследования радиоактивности строительных материалов и изделий, согласно приложению 47 к настоящему приказу;

48) форму протокола исследования радиоактивности удобрений, согласно приложению 48 к настоящему приказу;

49) форму протокола исследования радиоактивности объектов окружающей среды и отходов производства, согласно приложению 49 к настоящему приказу;

50) форму протокола исследования радиоактивности воды, согласно приложению 50 к настоящему приказу;

51) форму протокола дозиметрического контроля рабочих мест, согласно приложению 51 к настоящему приказу;

52) форму протокола дозиметрического контроля, согласно приложению 52 к настоящему приказу;

53) форму протокола исследования радиоактивности атмосферного воздуха и осадков, согласно приложению 53 к настоящему приказу;

54) форму протокола исследований на висцеральный и кожный лейшманиоз, согласно приложению 54 к настоящему приказу;

55) форму протокола исследований грудного молока согласно приложению 55 к настоящему приказу;

56) форму протокола дозиметрических и радиометрических измерений при работе с радиоактивными веществами в открытом виде, согласно приложению 56 к настоящему приказу;

57) форму протокола дозиметрических измерений рентгеновского излучения в рентгеновском кабинете, согласно приложению 57 к настоящему приказу;

58) форму протокола дозиметрического контроля металла, изделия из металла и металлолома, согласно приложению 58 к настоящему приказу;

- 59) форму протокола измерений содержания радона и продуктов его распада в воздухе помещений, согласно приложению 59 к настоящему приказу;
- 60) форму протокола измерения индивидуальных доз, согласно приложению 60 к настоящему приказу;
- 61) форму протокола микробиологического исследования, согласно приложению 61 к настоящему приказу;
- 62) форму протокола исследования радиоактивности зоны, согласно приложению 62 к настоящему приказу;
- 63) форму протокола исследования радиоактивности материалов, сырья изделий, согласно приложению 63 к настоящему приказу;
- 64) форму протокола исследования радиоактивности пищевых продуктов, согласно приложению 64 к настоящему приказу;
- 65) форму протокола исследования радиоактивности топливно -энергетического минерального сырья, согласно приложению 65 к настоящему приказу;
- 66) форму протокола спектрометрического измерения человека, согласно приложению 66 к настоящему приказу;
- 67) форму протокола исследования, снимаемого загрязнения методом мазков, согласно приложению 67 к настоящему приказу;
- 68) форму протокола проведения измерений мощности экспозиционной дозы пациентов после радионуклидной терапии, согласно приложению 68 к настоящему приказу;
- 69) форму протокола исследования готовых блюд и полуфабрикатов, согласно приложению 69 к настоящему приказу;
- 70) форму протокола отбора и исследования проб атмосферного воздуха населенных мест, согласно приложению 71 к настоящему приказу;
- 71) форму протокола отбора и исследования проб воздуха закрытых помещений и рабочей зоны, согласно приложению 71 к настоящему приказу;
- 72) форму протокола измерения освещенности, согласно приложению 72 к настоящему приказу;
- 73) форму протокола измерений метеорологических факторов, согласно приложению 73 к настоящему приказу;
- 74) форму протокола исследования образцов питьевой воды централизованного и нецентрализованного водоснабжения, согласно приложению 74 к настоящему приказу;
- 75) форму протокола исследования образцов поверхностных: водных объектов и сточных вод, согласно приложению 75 к настоящему приказу;
- 76) форму протокола исследования образцов пищевых продуктов (остаточное количество антибиотиков, гормоны, b - адреностимуляторы, микробная трансглутаминаза, массовая концентрация сухого молока), согласно приложению 76 к настоящему приказу;

77) форму протокола энтомологического исследования членистоногих, согласно приложению 77 к настоящему приказу;

78) форму протокола паразитологического исследования смывов, согласно приложению 78 к настоящему приказу;

79) форму протокола исследования соскоба с перианальных складок, согласно приложению 79 к настоящему приказу;

80) форму протокола паразитологического исследования фекалий, соскобов с перианальных складок, согласно приложению 80 к настоящему приказу;

81) форму протокола исследования крови на малярию, согласно приложению 81 к настоящему приказу;

82) форму протокола серологических исследований на паразитарные заболевания, согласно приложению 82 к настоящему приказу;

83) форму протокола санитарно-паразитологического исследования, согласно приложению 83 к настоящему приказу;

84) форму протокола исследования образцов почвы, согласно приложению 84 к настоящему приказу;

85) форму протокола исследования готовых блюд, рационов на калорийность, согласно приложению 85 к настоящему приказу;

86) форму протокола исследования качества питательных сред, согласно приложению 86 к настоящему приказу;

87) форму протокола измерений содержания радона и продуктов его распада в воздухе, согласно приложению 87 к настоящему приказу;

88) форму протокола измерений промышленных предприятий, согласно приложению 88 к настоящему приказу;

89) форму протокола исследования образцов пыли, согласно приложению 89 к настоящему приказу;

90) форму протокола об административном правонарушении, согласно приложению 90 к настоящему приказу;

91) форму протокола разъяснения прав, согласно приложению 91 к настоящему приказу;

92) форму постановления главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о временном отстранении лиц от работы, согласно приложению 92 к настоящему приказу;

93) форму постановления о временном отстранении от работы (учебы) лиц состоявших в близком контакте с инфекционным и паразитарным больным, согласно приложению 93 к настоящему приказу;

94) форму постановления 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), согласно приложению 94 к настоящему приказу;

94-1) Исключен приказом Министра здравоохранения РК от 20.06.2024 № 24 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

95) форму постановления о проведении санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий, согласно приложению 95 к настоящему приказу;

95-1) форму рекомендации об устранении нарушений, выявленных по результатам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля и надзора, согласно приложению 95-1 к настоящему приказу;

96) форму постановления главного государственного санитарного врача о введении временных санитарных мер, согласно приложению 96 к настоящему приказу;

97) форму постановления 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), согласно приложению 97 к настоящему приказу;

97-1) форму постановления 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, согласно приложению 97-1 к настоящему приказу;

97-2) форму постановления главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об организации направления лиц на госпитализацию, согласно приложению 97-2 к настоящему приказу;

98) форму постановления о наложении административного взыскания, согласно приложению 98 к настоящему приказу;

98-1) Исключен приказом Министра здравоохранения РК от 20.06.2024 № 24 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

99) форму журнала регистрации постановлений главного государственного санитарного врача Республики Казахстан о введении временных санитарных мер, согласно приложению 99 к настоящему приказу;

100) форму журнала 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), согласно приложению 100 к настоящему приказу;

101) форму журнала регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о проведении санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий, согласно приложению 101 к настоящему приказу;

101-1) форму журнала регистрации профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля и надзора, согласно приложению 101-1 к настоящему приказу;

102) форму журнала регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о временном отстранении лиц от работы, согласно приложению 102 к настоящему приказу;

103) форму журнала 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), согласно приложению 103 к настоящему приказу;

103-1) форму журнала 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, согласно приложению 103-1 к настоящему приказу;

103-2) форму журнала регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об организации направления лиц на госпитализацию, согласно приложению 103-2 к настоящему приказу;

104) форму журнала регистрации обращений физических лиц, согласно приложению 104 к настоящему приказу;

105) форму журнала регистрации обращений юридических лиц, согласно приложению 105 к в настоящему приказу;

106) форму журнала регистрации постановлений о прекращении рассмотрения производства по делу об административном правонарушении, согласно приложению 106 к настоящему приказу.

107) форму журнала жалоб и предложений согласно приложению 107 к настоящему приказу;

108) форму журнала регистрации профессиональных заболеваний и отравлений, согласно приложению 108 к настоящему приказу;

- 109) форму журнала регистрации пищевых отравлений, согласно приложению 109 к настоящему приказу;
- 110) форму журнала регистрации серологических исследований образцов из окружающей среды, согласно приложению 110 к настоящему приказу;
- 111) форму журнала регистрации спектрометрических исследований (пищевые продукты, почва, древесное сырье, уголь, минеральное сырье и т.д), согласно приложению 111 к настоящему приказу;
- 112) форму журнала регистрации стерилизации приготовленных питательных сред, согласно приложению 112 к настоящему приказу;
- 113) форму журнала технического обслуживания средств измерений и испытательного оборудования, согласно приложению 113 к настоящему приказу;
- 114) форму журнала учета медицинских иммунобиологических препаратов, согласно приложению 114 к настоящему приказу;
- 115) форму журнала учета результатов исследования образцов воды (лаборатория ВТИ), согласно приложению 115 к настоящему приказу;
- 116) форму журнала регистрации калибровки дозаторов, согласно приложению 116 к настоящему приказу;
- 117) форму журнала регистрации исследования радиоактивности (пищевой продукции, почвы, древесного сырья, угля, минерального сырья, игрушек, мебельной продукции, материалов используемых при строительстве и проведении ремонта автомобильных дорог и т.д), согласно приложению 117 к настоящему приказу;
- 118) форму журнала регистрации исследования товаров народного потребления (парфюмерно-косметической продукции, игрушек, средств личной гигиены, продукции предназначенной для детей и подростков), согласно приложению 118 к настоящему приказу;
- 119) форму журнала регистрации исследования по определению микробной трансглутаминазы в продуктах питания, согласно приложению 119 к настоящему приказу;
- 120) форму журнала регистрации исследования по определению массовой концентрации сухого молока в продуктах питания, согласно приложению 120 к настоящему приказу;
- 121) форму журнала регистрации калибровки весов, согласно приложению 121 к настоящему приказу;
- 122) форму журнала регистрации контроля качества дистиллированной воды, согласно приложению 122 к настоящему приказу;
- 123) форму журнала регистрации контроля параметров окружающей среды, согласно приложению 123 к настоящему приказу;

124) форму журнала регистрации контроля паровых и воздушных стерилизаторов, сухожаровых шкафов (автоклавов) и дезинфекционных камер, согласно приложению 124 к настоящему приказу;

125) форму журнала регистрации калибровки рН метра, согласно приложению 125 к настоящему приказу;

126) форму журнала регистрации контроля температуры термостата, согласно приложению 126 к настоящему приказу;

127) форму журнала регистрации подключения и стерилизации центрифуги, согласно приложению 127 к настоящему приказу;

128) форму журнала регистрации стерилизации лабораторной посуды, согласно приложению 128 к настоящему приказу;

129) форму журнала регистрации проб по межлабораторных сличительных испытаний и внешней оценки качества, согласно приложению 129 к настоящему приказу;

130) форму журнала регистрации аварии в лаборатории, согласно приложению 130 к настоящему приказу;

131) форму журнала регистрации микробиологических исследований грудного молока, согласно приложению 131 к настоящему приказу;

132) форму журнала регистрации микробиологических исследований парфюмерно-косметической продукции, согласно приложению 132 к настоящему приказу;

133) форму журнала регистрации микробиологических исследований по определению остаточных количеств гормонов в продуктах питания и животноводства, согласно приложению 133 к настоящему приказу;

134) форму журнала регистрации микробиологических исследований средств личной гигиены, согласно приложению 134 к настоящему приказу;

135) форму журнала регистрации микробиологических исследований продукции, предназначенной для детей и подростков, согласно приложению 135 к настоящему приказу;

136) форму журнала регистрации микробиологических исследований игрушек, согласно приложению 136 к настоящему приказу;

137) форму журнала регистрации определения чувствительности к антибактериальным препаратам (культур выделенных из внешней среды), согласно приложению 137 к настоящему приказу;

138) форму журнала регистрации микробиологических исследований крови на выявление возбудителя брюшного тифа, паратифа А и В, согласно приложению 138 к настоящему приказу;

139) форму журнала регистрации исследований на висцеральный и кожный лейшманиоз, согласно приложению 139 к настоящему приказу;

140) форму журнала регистрации исследований металла, изделий из металла и металлолома, согласно приложению 140 к настоящему приказу;

141) форму журнала регистрации и выдача результатов исследования образцов переработки нефтепродуктов и специальных жидкостей, согласно приложению 141 к настоящему приказу;

142) форму журнала регистрации дозиметрического контроля в рентгенологических кабинетах (лучевой диагностики и терапии), согласно приложению 142 к настоящему приказу;

143) форму журнала регистрации и выдачи результатов экспресс- исследований, согласно приложению 143 к настоящему приказу;

144) форму журнала регистрации образцов (проб) не пригодных к испытанию (бракеражный), согласно приложению 144 к настоящему приказу;

145) форму журнала регистрации несоответствий и мероприятий по проведению корректирующих и предупреждающих действий, согласно приложению 145 к настоящему приказу;

146) форму журнала регистрации объектов, подлежащих государственному санитарно-эпидемиологическому контролю и надзору, согласно приложению 146 к настоящему приказу;

147) форму журнала учета отработанного времени бактерицидных облучателей, согласно приложению 147 к настоящему приказу;

148) форму журнала учета температурного режима холодильного оборудования, холодильных и морозильных комнат или камер, согласно приложению 148 к настоящему приказу;

149) форму журнала регистрации проведения уборки, согласно приложению 149 к настоящему приказу;

150) форму журнала ежедневного учета медицинских отходов, согласно приложению 150 к настоящему приказу;

151) форму журнала учета, оценки поставщиков и поставляемой ими продукции, согласно приложению 151 к настоящему приказу;

152) форму журнала учета хозяйствующих субъектов использующих источники ионизирующего излучения и движения радиоактивных веществ, согласно приложению 152 к настоящему приказу;

153) форму журнала регистрации результатов индивидуальной дозиметрии, согласно приложению 153 к настоящему приказу;

154) форму журнала регистрации образцов и выдачи результатов исследования сырья и пищевых продуктов на содержание генетически модифицированных объектов методом ПЦР, согласно приложению 154 к настоящему приказу;

155) форму журнала учета сезонной динамики численности имаго moskitov, согласно приложению 155 к настоящему приказу;

156) форму журнала учета численности иксодовых клещей-переносчиков клещевого энцефалита по результатам рекогносцировочных обследований на территориях, согласно приложению 156 к настоящему приказу;

157) форму журнала учета работ по борьбе с личинками и имаго кровососущих членистоногих, согласно приложению 157 к настоящему приказу;

158) форму журнала учета численности насекомых по результатам экстенсивных обследований (массовый отлов), согласно приложению 158 к настоящему приказу;

159) форму журнала регистрации сезонной динамики численности личинок Анофелес, согласно приложению 159 к настоящему приказу;

160) форму журнала регистрации результатов изучения видового состава кровососущих членистоногих, согласно приложению 160 к настоящему приказу;

161) форму журнала регистрации обратившихся с укусами (нападением) насекомых и клещей, согласно приложению 161 к настоящему приказу;

162) форму журнала регистрации образца и выдачи результатов исследования пищевых продуктов (лаборатория ВТИ), согласно приложению 162 к настоящему приказу;

163) форму журнала регистрации образцов и результатов исследования готовых блюд, рационов на калорийность, согласно приложению 163 к настоящему приказу;

164) форму журнала учета результатов исследования образцов воды поверхностных водных объектов и сточных вод, согласно приложению 164 к настоящему приказу;

165) форму журнала учета результатов исследования образцов питьевой воды централизованного и нецентрализованного водоснабжения, согласно приложению 165 к настоящему приказу;

166) форму журнала регистрации образцов и результатов исследования почвы, согласно приложению 166 к настоящему приказу;

167) форму журнала регистрации отбора и исследования образца атмосферного воздуха населенных мест, согласно приложению 167 к настоящему приказу;

168) форму журнала регистрации образца и выдачи результатов исследования воздуха закрытых помещений и рабочей зоны, согласно приложению 168 к настоящему приказу;

169) форму журнала регистрации образцов и выдачи результатов исследований дезинфицирующих средств, согласно приложению 169 к настоящему приказу;

170) форму журнала регистрации токсикологических исследований, согласно приложению 170 к настоящему приказу;

171) форму журнала исследования образца полимерных и других материалов, изделий из них, химических веществ и композиций, согласно приложению 171 к настоящему приказу;

172) форму журнала регистрации образца и учета результатов исследования продуктов питания и объектов окружающей среды на остаточное количество

пестицидов, действующих веществ пестицидов и минеральных удобрений, согласно приложению 172 к настоящему приказу;

173) форму журнала регистрации измерений и выдачи результатов исследований освещенности, согласно приложению 173 к настоящему приказу;

174) форму журнала регистрации измерений шума, звукоизоляций, инфразвука, ультразвука и вибрации, согласно приложению 174 к настоящему приказу;

175) форму журнала регистрации измерений электромагнитного поля, согласно приложению 175 к настоящему приказу;

176) форму журнала регистрации результатов индивидуальной дозиметрии, согласно приложению 176 к настоящему приказу;

177) форму журнала регистрации образца, поступающего на исследование радиоактивности и результатов их исследования, согласно приложению 177 к настоящему приказу;

178) форму журнала регистрации радиометрических исследований, согласно приложению 178 к настоящему приказу;

179) форму журнала регистрации радиохимических исследований, согласно приложению 179 к настоящему приказу;

180) форму журнала регистрации радиационного контроля и исследований, согласно приложению 180 к настоящему приказу;

181) форму журнала регистрации гамма-фона местности, согласно приложению 181 к настоящему приказу;

182) форму журнала регистрации образцов материала от людей и выдачи результатов исследований, согласно приложению 182 к настоящему приказу;

183) форму журнала регистрации микробиологических исследований на кишечную группу инфекций, согласно приложению 183 к настоящему приказу;

184) форму журнала регистрации микробиологических исследований на стафилококк, согласно приложению 184 к настоящему приказу;

185) форму журнала регистрации микробиологических исследований на дифтерию, согласно приложению 185 к настоящему приказу;

186) форму журнала регистрации определения видовой принадлежности клещей, насекомых, согласно приложению 186 к настоящему приказу;

187) форму журнала регистрации микробиологических исследований на коклюш и паракклюш, согласно приложению 187 к настоящему приказу;

188) форму журнала регистрации микробиологических исследований на менингококк, согласно приложению 188 к настоящему приказу;

189) форму журнала регистрации микробиологических исследований образцов пищевых продуктов, согласно приложению 189 к настоящему приказу;

190) форму журнала регистрации микробиологических образцов воды, согласно приложению 190 к настоящему приказу;

191) форму журнала регистрации микробиологических образцов почвы, согласно приложению 191 к настоящему приказу;

192) форму журнала регистрации микробиологических смывов, согласно приложению 192 к настоящему приказу;

193) форму журнала регистрации микробиологических исследований образцов воздуха, согласно приложению 193 к настоящему приказу;

194) форму журнала регистрации микробиологических исследований лекарственных (аптечных) форм, согласно приложению 194 к настоящему приказу;

195) формы журнала регистрации микробиологических исследований на стерильность, согласно приложению 195 к настоящему приказу;

196) форму журнала учета движения заразного материала, согласно приложению 196 к настоящему приказу;

197) форму журнала учета выделенных культур и их уничтожения, согласно приложению 197 к настоящему приказу;

198) форму журнала регистрации культур, поступивших для исследования, согласно приложению 198 к настоящему приказу;

199) форму журнала учета отпуска культур и токсинов за пределы организации, согласно приложению 199 к настоящему приказу;

200) форму журнала регистрации приготовления и контроля питательных сред согласно, приложению 200 к настоящему приказу;

201) форму журнала учета движения музейных культур согласно, приложению 201 к настоящему приказу;

202) форму журнала регистрации посетителей лаборатории особо опасных инфекций, согласно приложению 202 к настоящему приказу;

203) форму журнала регистрации образцов из окружающей среды и выдачи результатов исследований, согласно приложению 203 к настоящему приказу;

204) форму журнала регистрации микробиологических исследований консервов, согласно приложению 204 к настоящему приказу;

205) форму журнала регистрации обеззараживания отработанного материала, согласно приложению 205 к настоящему приказу;

206) форму журнала регистрации образцов и выдачи результатов серологических исследований образцов от людей на особо опасные и зоонозные инфекции, согласно приложению 206 к настоящему приказу;

207) форму журнала регистрации биологических исследований, согласно приложению 207 к настоящему приказу;

208) форму журнала контроля активности иммунобиологических препаратов, согласно приложению 208 к настоящему приказу;

209) форму журнала внутри лабораторного контроля качества дезинфекции (смывы), согласно приложению 209 к настоящему приказу;

210) форму журнала внутри лабораторного контроля воздуха, согласно приложению 210 к настоящему приказу;

211) форму журнала регистрации серологических исследований образцов от людей, согласно приложению 211 к настоящему приказу;

212) форму журнала регистрации микробиологических исследований образцов материала от людей, согласно приложению 212 к настоящему приказу;

213) форму журнала регистрации образцов для исследования на (вид инфекции), согласно приложению 213 к настоящему приказу;

214) форму журнала регистрации получения культур, из-за рубежа, согласно приложению 214 к настоящему приказу;

215) форму журнала регистрации образцов для определения иммунитета к (вид инфекции), согласно приложению 215 к настоящему приказу;

216) форму журнала регистрации серологических исследований на вирусные гепатиты, согласно приложению 216 к настоящему приказу;

217) форму журнал учета результатов идентификации штаммов, согласно приложению 217 к настоящему приказу;

218) форму журнала вирусологических исследований на (вид инфекции), согласно приложению 218 к настоящему приказу;

219) форму журнала регистрации результатов серологических исследований на культуре ткани, согласно приложению 219 к настоящему приказу;

220) форму журнала регистрации лиц, обследуемых на возбудители паразитарных заболеваний, согласно приложению 220 к настоящему приказу;

221) форму журнала учета дезинфекционных мероприятий в очагах инфекционных заболеваний, согласно приложению 221 к настоящему приказу;

222) форму журнала регистрации камерной обработки мягкого инвентаря (одежды и постельных принадлежностей), согласно приложению 222 к настоящему приказу;

223) форму журнала регистрации санитарно-паразитологических исследований, согласно приложению 223 к настоящему приказу;

224) форму журнала регистрации исследований образцов домашней пыли, пуховых и перьевых изделий на наличие клещей домашней пыли, согласно приложению 224 к настоящему приказу;

225) форму журнала регистрации серологических исследований на паразитарных заболеваний, согласно приложению 225 к настоящему приказу;

226) форму журнала регистрации биопробных животных, согласно приложению 226 к настоящему приказу;

227) форму журналу регистрации и выдачи результатов исследований образцов от людей на бруцеллез (гемокультура), согласно приложению 227 к настоящему приказу;

228) форму журнала регистрации серологических исследований на корь/краснуху, согласно приложению 228 к настоящему приказу;

- 229) форму журнала регистрации люминесцентных исследований на (вид инфекции), согласно приложению 228 к настоящему приказу;
- 230) форму журнал регистрации образцов для исследования на санитарную вирусологию, согласно приложению 230 к настоящему приказу;
- 231) форму рабочего журнала регистрации выделения и идентификации выделенных культур возбудителя бруцеллеза, согласно приложению 231 к настоящему приказу;
- 232) форму рабочего журнала регистрации исследования образцов от объектов внешней среды методом ИФА, согласно приложению 232 к настоящему приказу;
- 233) форму рабочего журнала регистрации исследования образцов материала от людей методом ИФА, согласно приложению 233 к настоящему приказу;
- 234) форму рабочего журнала регистрации микробиологических исследований на сибирскую язву, согласно приложению 234 к настоящему приказу;
- 235) форму рабочего журнала регистрации микробиологических исследований на пастереллез, согласно приложению 235 к настоящему приказу;
- 236) форму журнала регистрации молекулярно-генетических исследований, согласно приложению 236 к настоящему приказу;
- 237) форму журнала регистрации и выдачи результатов молекулярно-генетического исследования образцов от объектов внешней среды, согласно приложению 237 к настоящему приказу;
- 238) форму журнала регистрации и выдачи результатов молекулярно-генетического исследования образцов от людей, согласно приложению 238 к настоящему приказу;
- 239) форму рабочего журнала регистрации микробиологических исследований на зоонозные инфекции, согласно приложению 239 к настоящему приказу;
- 240) форму журнала микробиологических исследований на туляремию, согласно приложению 240 к настоящему приказу;
- 241) форму журнала регистрации образцов и результатов исследований объектов внешней среды на наличие возбудителя холеры, согласно приложению 241 к настоящему приказу;
- 242) форму журнала регистрации образцов и приема проб, согласно приложению 242 к настоящему приказу;
- 243) форму журнала учета и характеристики выделенных культур холеры, согласно приложению 243 к настоящему приказу;
- 244) форму журнала регистрации образцов материала от людей и результатов исследования на наличие возбудителя холеры, согласно приложению 244 к настоящему приказу;
- 245) форму журнала регистрации измерений концентрации аэроионов, согласно приложению 245 к настоящему приказу;

- 246) форму рабочего журнала микробиологических исследований пищевых отравлений, согласно приложению 246 к настоящему приказу;
- 247) форму журнала регистрации микробиологических исследований пищевых отравлений (исследований на ботулотоксин), согласно приложению 247 к настоящему приказу;
- 248) форму рабочего журнала регистрации микробиологических исследований пищевых отравлений (исследований на возбудителя ботулизма), согласно приложению 248 к настоящему приказу;
- 249) форму журнала регистрации микробиологических исследований на иерсиниоз , согласно приложению 249 к настоящему приказу;
- 250) форму журнала регистрации микробиологических исследований по определению остаточных количеств антибиотиков в продуктах животноводства, согласно приложению 250 к настоящему приказу;
- 251) форму журнала регистрации исследований по определению остаточных количеств антибактериальных и гормональных препаратов в продуктах питания и животноводства, согласно приложению 251 к настоящему приказу;
- 252) форму журнала микробиологических исследований крови на стерильность, согласно приложению 252 к настоящему приказу;
- 253) форму журнала регистрации и учета проб исследования клинического материала от людей (антибиотико чувствительность), согласно приложению 253 к настоящему приказу;
- 254) форму журнала регистрации проб исследования клинического материала от людей (дисбактериоз), согласно приложению 254 к настоящему приказу;
- 255) форму журнала регистрации образца и учета результатов исследования растениеводческой продукции на содержание нитратов, согласно приложению 255 к настоящему приказу;
- 256) форму журнал регистрации обследуемых на малярию, согласно приложению 256 к настоящему приказу;
- 257) форму журнала регистрации внутри лабораторного контроля (смывы) в паразитологических лабораториях, согласно приложению 257 к настоящему приказу;
- 258) форму журнала учета динамики численности имаго гнуса, согласно приложению 258 к настоящему приказу;
- 259) форму журнала учета сезонной динамики численности личинок гнуса, согласно приложению 259 к настоящему приказу;
- 260) форму журнала учета динамики численности имаго клещей, согласно приложению 260 к настоящему приказу;
- 261) форму журнала учета фенологических наблюдений за энтомофауной и клещами, согласно приложению 261 к настоящему приказу;

262) форму журнала испытаний антимикробной активности дезинфицирующих средств на возбудители особо опасных инфекции, согласно приложению 262 к настоящему приказу;

263) форму журнала регистрации измерений и выдачи результатов исследований метеорологических факторов, согласно приложению 263 к настоящему приказу;

264) форму журнала регистрации лиц, пострадавших от укусов, ослюнений, оцарапывания животными, согласно приложению 264 к настоящему приказу;

265) форму журнала регистрации очесов эктопаразитов млекопитающих, согласно приложению 265 к настоящему приказу;

266) форму журнала учета дозиметрического контроля дефектоскопов, источники ионизирующего излучения и спектрометров, согласно приложению 266 к настоящему приказу;

267) форму журнала учета инфекционных заболеваний государственными органами санитарно-эпидемиологического контроля согласно, приложению 267 к настоящему приказу;

268) форму журнала регистрации спектрометрических исследований согласно, приложению 268 к настоящему приказу;

269) форму журнала регистрации обследований промышленных объектов согласно, приложению 269 к настоящему приказу;

270) форму журнала регистрации измерений, проведенных в рентгенологических кабинетах согласно, приложению 270 к настоящему приказу;

271) форму журнала регистрации проб по внешней оценке качества и межлабораторных сличительных испытаний согласно, приложению 271 к настоящему приказу;

272) форму журнала регистрации измерения звукоизолирующих ограждающих конструкции согласно, приложению 272 к настоящему приказу;

273) форму журнала регистрации протоколов об административных правонарушениях, согласно приложению 273 к настоящему приказу;

273-1) форму журнала учета расследований в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, согласно приложению 273-1 к настоящему приказу;

274) форму полевого журнала учета численности мелких млекопитающих, согласно приложению 274 к настоящему приказу;

275) форму карты учета профессионального заболевания (отравления), согласно приложению 275 к настоящему приказу;

276) форму карты эпидемиологического обследования очага инфекционного и паразитарного заболевания, согласно приложению 276 к настоящему приказу;

277) форму карты эпизоотолого-эпидемиологического обследования очага зоонозного заболевания согласно приложению 277 к настоящему приказу;

- 278) форму карты эпидемиологического обследования очага бациллярной формы туберкулеза, согласно приложению 278 к настоящему приказу;
- 279) форму карты учета носителя бактерий брюшного тифа, паратифов А, В, согласно приложению 279 к настоящему приказу;
- 280) форму карты эпидемиологического расследования случая укуса, ослонения, оцарапывания пострадавшего животным, согласно приложению 280 к настоящему приказу;
- 281) форму карты контроля текущей дезинфекции в очаге инфекционного заболевания, согласно приложению 281 к настоящему приказу;
- 282) форму карты контроля организации и проведения текущей дезинфекции в медицинских и других организациях, согласно приложению 282 к настоящему приказу;
- 283) форму наряда на дезинсекцию, дератизацию, согласно приложению 283 к настоящему приказу;
- 284) форму наряда на заключительную дезинфекцию, согласно приложению 284 к настоящему приказу;
- 285) форму результата иммуно-ферментного анализа, согласно приложению 285 к настоящему приказу;
- 286) форму результата бактериологических исследований материала от людей, согласно приложению 286 к настоящему приказу;
- 287) форму результата серологических исследований материала от людей, согласно приложению 287 к настоящему приказу;
- 288) форму результата определения чувствительности к антимикробным препаратам, согласно приложению 288 к настоящему приказу;
- 289) форму результата полимеразной цепной реакции, согласно приложению 289 к настоящему приказу;
- 290) форму санитарно-эпидемиологического заключения, согласно приложению 290 к настоящему приказу;
- 291) форму санитарно-эпидемиологической характеристики условий труда работающего при подозрении у него профессионального заболевания (отравления), согласно приложению 291 к настоящему приказу;
- 292) форму справки о проведении дезинфекции по наряду, согласно приложению 292 к настоящему приказу;
- 293) форму квитанции на вещи, согласно приложению 293 к настоящему приказу;
- 294) форму паспорта водоема, согласно приложению 294 к настоящему приказу;
- 295) форму сводной ведомости учета результатов рекогносцировочных обследований территорий на наличие иксодовых клещей-переносчиков особоопасных инфекций, согласно приложению 295 к настоящему приказу;

296) форму повестки о явке в государственный орган санитарно-эпидемиологической службы, согласно приложению 296 к настоящему приказу;

297) форму определения о принятии дела к производству и назначении к рассмотрению, согласно приложению 297 к настоящему приказу;

298) форму эпидемиологического расследования случая полиомиелита или острого вялого паралича, согласно приложению 298, к настоящему приказу;

299) форму дневника учета работы на стационарах по учету численности млекопитающих, согласно приложению 299 к настоящему приказу.

Сноска. Пункт 1 с изменениями, внесенными приказами Министра здравоохранения РК от 09.09.2022 № ҚР ДСМ-96 (вводится в действие с 23.11.2022); от 20.04.2023 № 77 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 20.06.2024 № 24 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 14.08.2025 № 80 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

2. Признать утратившими силу:

1) приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от 30 мая 2015 года № 415 "Об утверждении форм учетной и отчетной документации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 11626);

2) пункт 8 Перечня некоторых приказов Министерства национальной экономики Республики Казахстан и Министерства здравоохранения Республики Казахстан, в которые вносятся изменения и дополнение, утвержденного приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 сентября 2018 года № ҚР ДСМ-9 "О внесении изменений и дополнения в некоторые приказы Министерства национальной экономики Республики Казахстан и Министерства здравоохранения Республики Казахстан" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 17501).

3. Комитету санитарно-эпидемиологического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования;

3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Юридический департамент Министерства здравоохранения Республики Казахстан

сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.

5. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

Министр здравоохранения
Республики Казахстан

А. Цой

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

Приложение 1 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № _____ 001/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 001/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

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

1. Объектінің атауы
(Наименование объекта) _____

2. Тексеру актісінің нөмірі мен күні

(Номер и дата акта о назначении проверки) _____

3. Стерилизатордың атауы

(Наименование стерилизатора) _____

4. Сынамалар алу мақсаты

(Цель отбора) _____

5. Алынған күні мен уақыты

(Дата и время отбора) _____

6. Жеткізілген күні мен уақыты

(Дата и время доставки) _____

7. Сынама алу әдісіне нормативтік құжат

(Нормативный документ на метод отбора)

8. Тасымалдау жағдайы

(Условия транспортировки) _____

9. Сақтау жағдайы

(Условия хранения) _____

10. Қосымша мәліметтер

(Дополнительные сведения) _____

Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)	Үлгінің атауы. Үлгі алынған орын. (Наименование образца) (Место отбора образца)	Алынған үлгінің саны (Количество отобранных образцов)
1	2	3

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

Қолы

(Подпись) _____

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

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

Қолы _____

(Подпись)

Акт ___ данада толтырылды

(Акт составлен в _____ экземплярах)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы " " _____
№ _____
бұйрығына 2-қосымша
Приложение 2 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 002/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 002/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Био тесттерді іріктеу АКТІСІ

АКТ отбора био тестов

(от) " " _____ күні 20 _____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы
(Наименование объекта) _____
2. Тексеру актісінің нөмірі мен күні
(Номер и дата акта о назначении проверки) _____
3. Дезинфекциялық камераның атауы
(Наименование дезинфекционной камеры) _____
4. Сынамалар алу мақсаты
(Цель отбора) _____
5. Сынама алынған күні мен уақыты
(Дата и время отбора) _____
6. Жеткізілген күні мен уақыты

(Дата и время доставки) _____

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

8. Тасымалдау жағдайы
(Условия транспортировки) _____

9. Сақтау жағдайы
(Условия хранения) _____

10. Қосымша мәліметтер
(Дополнительные сведения) _____

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

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

Қолы (Подпись) _____

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

Қолы _____

(Подпись)

Акт ___ данада толтырылды

(Акт составлен в _____ экземплярах)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____
бұйрығына 3-қосымша
Приложение 3 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

		Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 003/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 003/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Шайындыларды іріктеу АКТІСІ

АКТ отбора смывов (от) "___" _____ күні 20 ж. (г.)

1. Объектінің атауы
(Наименование объекта) _____
2. Тексеру белгіленгені туралы актінің нөмірі мен күні
(Номер и дата акта о назначении проверки) _____
3. Сынама алынған орын
(Место отбора) _____
4. Сынамалар алу мақсаты
(Цель отбора) _____
5. Алынған күні мен уақыты
(Дата и время отбора) _____
6. Жеткізілген күні мен уақыты
(Дата и время доставки) _____
7. Сынама алу әдісіне нормативтік құжат
(Нормативный документ на метод отбора) _____
8. Тасымалдау жағдайы
(Условия транспортировки) _____
9. Сақтау жағдайы
(Условия хранения) _____
10. Қосымша мәліметтер
(Дополнительные сведения) _____

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

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

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

Қолы _____

Подпись

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

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

Қолы (Подпись) _____

Акт ___ данада толтырылды

(Акт составлен в _____ экземплярах)

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы " " _____
 № _____
 бұйрығына 4-қосымша
 Приложение 4 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 004/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а		Медицинская документация Форма № 004/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Су үлгілерін іріктеу АКТІСІ

АКТ отбора образцов воды (от) " ____ " _____ күні 20 __ ж. (г.)

1. Объектінің атауы
(Наименование объекта) _____
2. Тексеру белгіленгені туралы актінің нөмірі мен күні
(Номер и дата акта о назначении проверки) _____
3. Сынама үлгісі алынған орын
(Место отбора образца) _____
4. Сынама үлгісін алу мақсаты
(Цель отбора образца) _____
5. Сынама алынған күні мен уақыты
(Дата и время отбора) _____
6. Жарамдылық мерзімі
(Срок годности) _____
7. Жеткізілген күні мен уақыты
(Дата и время доставки) _____
8. Сынама алу әдісіне нормативтік құжат
(Нормативный документ на метод отбора) _____
9. Тасымалдау жағдайы
(Условия транспортировки) _____
10. Сақтау жағдайы
(Условия хранения) _____
11. Таңбалау (маркировка) _____
12. Су сынамаларын консервациялар әдістері
(Методы консервации образца воды) _____

13. Қосымша мәліметтер

(Дополнительные сведения) _____

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

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

произведен отбор) _____

Қолы (Подпись) _____

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

Қолы (Подпись) _____

Акт ___ данада толтырылды

(Акт составлен в _____ экземплярах)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____
бұйрығына 5-қосымша
Приложение 5 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 005/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 005/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Сынамаларды (ауаны (ауа ортасын бактериологиялық зерттеу), дәрілік түрлерді, стерильділікке, полимер және басқа да материалдар үлгілерін, олардан жасалған бұйымдарды, химиялық заттар мен композицияларды, балалар мен жасөспірімдерге арналған өнімдерді) іріктеу АКТІСІ

АКТ отбора проб (воздуха (бактериологическое исследование воздушной среды), лекарственных форм, на стерильность, образцов полимерных и других материалов, изделий из них, химических веществ и композиций, продукции для детей и подростков) (от) " ____ " _____ күні 20__ ж. (г.)

1. Тексеру белгіленгені туралы актінің нөмірі мен күні

(Номер и дата акта о назначении проверки)

2. Сынама үлгісі алынған орын, мекенжай

(Место отбора образца, адрес) _____

3. Сынамалар алу мақсаты

(Цель отбора) _____

4. Алынған күні мен уақыты

(Дата и время отбора) _____

5. Жеткізілген күні мен уақыты

(Дата и время доставки) _____

6. Сынама алу әдісіне нормативтік құжат

(Нормативный документ на метод отбора)

7. Тасымалдау жағдайы

(Условия транспортировки) _____

8. Сақтау жағдайы

(Условия хранения) _____

9. Үлгілерді консервациялау әдістері

(Методы консервации образца)

10. Қосымша мәліметтер

(Дополнительные сведения) _____

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

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

произведен отбор) _____

Қолы (Подпись) _____

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

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

Қолы (Подпись) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 6-қосымша
Приложение б к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Топырақ үлгілерін іріктеу АКТІСІ

АКТ отбора образцов почвы (от) " _____ " _____ күні 20 __ ж. (г.)

1. Объектінің атауы
(Наименование объекта) _____

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

3. Сынама алынған орын

(Место отбора) _____

4. Сынамалар алу мақсаты

(Цель отбора) _____

5. Сынама алынған күні мен уақыты

(Дата и время отбора) _____

6. Жеткізілген күні мен уақыты

(Дата и время доставки) _____

7. Сынама алу әдісіне нормативтік құжат

(Нормативный документ на метод отбора) _____

8. Тасымалдау жағдайы

(Условия транспортировки) _____

9. Сақтау жағдайы

(Условия хранения) _____

10. Қосымша мәліметтер

(Дополнительные сведения) _____

Тіркелу нөмірі (Регистрационный номер)	Алынған үлгілер тізімі (Перечень отобранных образцов)	Мөлшері, (грамм) Количество (грамм)	Алу тереңдігі (сантиметр) Глубина отбора (см)	Орама түрі мен пломба нөмірі (Вид упаковки и номер печати(пломбы)
1	2	3	4	5

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

Қолы (Подпись) _____

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

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

Қолы (Подпись) _____

Акт ___ данада толтырылды

(Акт составлен в _____ экземплярах)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____

бұйрығына 7-қосымша
Приложение 7 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года

№ _____

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 007/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 007/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

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

1. Объектінің атауы
(Наименование объекта) _____
2. Тексеру белгіленгені туралы актінің нөмірі мен күні
(Номер и дата акта о назначении проверки) _____
3. Сынама алынған орын, мекенжай
(Место отбора образца, адрес) _____
4. Сынамалар алу мақсаты
(Цель отбора образца) _____
5. Алынған күні мен уақыты
(Дата и время отбора) _____
6. Жарамдылық мерзімі
(Срок годности) _____
7. Жеткізілген күні мен уақыты
(Дата и время доставки) _____
8. Сынама алу әдісіне нормативтік құжат
(Нормативный документ на метод отбора) _____
9. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

10. Сақтау жағдайы

(Условия хранения) _____

11. Орама түрі пломба нөмірі

(Вид упаковки номер печати (пломбы)) _____

12. Қосымша мәліметтер

(Дополнительные сведения) _____

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

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

Қолы (Подпись) _____

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

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

Қолы (Подпись) _____

Акт ___ данада толтырылды

(Акт составлен в _____ экземплярах)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____

бұйрығына 8-қосымша
Приложение 8 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года

№ _____

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

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

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

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

иә (да), жоқ (нет)

9. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

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

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

Қолы (Подпись)

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

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

Қолы

(Подпись)

Акт ___ данада толтырылды

(Акт составлен в ___ экземплярах)

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____

бұйрығына 9-қосымша
Приложение 9 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года

№ _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды
Код формы по ОКУД _____

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 009/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 009/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Дезинфекциялайтын заттардың сынамаларын іріктеу АКТІСІ

АКТ отбора проб дезинфицирующих средств (от) "___" _____ күні 20__ ж. (г.)

1. Объектінің атауы (Наименование объекта) _____

2. Основание (Негіздеме) _____

3. Сынама алынған орны (Место отбора) _____

4. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора) _____

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

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

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

8. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

9. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

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

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

Қолы (Подпись) _____

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

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

Қолы (Подпись) _____

Акт ___ данада толтырылды

(Акт составлен в _____ экземплярах)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____

бұйрығына 10-қосымша
Приложение 10 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года

№ _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 010/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 010/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

**Зоонозды және аса қауіпті инфекцияларға микробиологиялық зерттеуге үлгіні іріктеу
АКТИСІ**

**АКТ отбора проб внешней среды на зоонозные и особо опасные инфекции (от) " " _____
_____ 20__ ж. (г.)**

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

2. Үлгі алынған орын
(Место отбора образца) _____

3. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

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

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

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

7. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

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

Сынамалар алу барысында қатысқан нысан өкілінің лауазымы, Т.А.Ә (болған жағдайда)

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

Қолы (Подпись) _____

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

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

Қолы (Подпись) _____

Акт ___ данада толтырылды

(Акт составлен в _____ экземплярах)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____

бұйрығына 11-қосымша
Приложение 11 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года

№ _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды
Код формы по ОКУД _____

КҰЖЖ бойынша ұйым коды

(Регистрационный номер)	(№ образца)	(Наименование населенного пункта, адрес)	(Количество клещей) (всего)	(В скотных помещениях)	(От животного)	Даладан (На природе)	Ошақтан (Из очага)	(Другие места)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

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

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

Қолы (Подпись) _____

Үлгілерді алған адамның лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

(Должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) производившего отбор образцов)

Қолы (Подпись) _____

Акт ___ данада толтырылды

(Акт составлен в _____ экземплярах)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
12-қосымша
Приложение 12 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Сноска. Приложение 12 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 20.06.2024 № 24 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___

Республики Казахстан	№ _____ бұйрығымен бекітілген № 012/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 012/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

№ _____
" ____ " _____ (жыл) года уақыты (время) Елді мекен (Населенный пункт): _____

Иммундаудан кейінгі қолайсыз көрініс жағдайын тергеп-тексеру нәтижелері туралы акті
Акт о результатах расследования случая неблагоприятного проявления после иммунизации

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

1 БӨЛІМ Негізгі ақпарат
РАЗДЕЛ 1 Базовая информация

Өңір / облыс Аудан Иммундаудан кейінгі қолайсыз көрініс жағдайының сәйкестендіру №
Регион/область Район Идентификационный № случая неблагоприятного проявления после иммунизации

Вакцинация орны ():

Мемлекеттік емдеу алдын-алу мекеме

Жеке емдеу алдын-алу мекеме

Басқа (көрсетіңіз) _____

Место вакцинации ():

Государственное лечебно профилактическое учреждение

Частное лечебно профилактическое учреждение

Другое (укажите) _____

Вакцинация орны ():
):

Компания

Жоспарлы

Басқа (көрсетіңіз) _____

Вакцинация (



):

Кампания

Плановая

Другое (укажите) _____

Вакцинация жүргізілетін жердің мекенжайы:

Адрес места проведения вакцинации:

Есепті жасаған тұлғаның тегі, аты,
әкесінің аты (бар болса):
фамилия, имя, отчество (при наличии)
лица,
составившего отчет:

Тергеп-тексеру күні: ___ / ___ / ____
Дата расследования: ___ / ___ / ____
Нысанды толтыру күні: ___ / ___ / ____
Дата заполнения формы: ___ / ___ / ____

Лауазымы:
Должность:

Бұл есеп:
Этот отчет:

Алғашқы
первичный

Аралық
промежуточный

соңғы
окончательный

Тел. (стационарлық) (коды бар): Ұялы тел.:

e-mail:

Тел. (стационарний) (с кодом): Моб. тел.:

Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) Жынысы (пол):

Е (М)

Ә (Ж)

фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента

(кластердегі әрбір жағдай үшін жеке нысандарды толтырыңыз)

(заполните отдельные формы на каждый случай в кластере)

Туған күні (КК/АА/ЖЖЖЖ): ___ / ___ / _____

Дата рождения (ДД/ММ/ГГГГ): ___ / ___ / _____

Немесе иммундаудан кейінгі қолайсыз көрініс дамуындағы жасы: ___ жыл ___ ай ___ күн немесе

ИЛИ возраст при развитии неблагоприятного проявления после иммунизации: ___ лет ___ месяцев ___

___ дней ИЛИ

жас тобы:

< 1 жас

1-5 жас

> 5 жас

возрастная группа:

< 1 года

15 лет

> 5 лет

Барлық деректерді (көше, үй нөмірі, елді мекеннің атауы, телефон нөмірі және т. б.)

дәл көрсете отырып, пациенттің толық тұрғылықты мекен-жайы:

Полный адрес проживания пациента с точным указанием всех данных

(улица, номер дома, название населенного пункта, номер тел. и т.д.):

Пациент к е енгізілге н вакцинал ардың/ вакцинал арды сұйылта ғ а арналған сұйылтқ ыштард ың атаулары Названи я вакцин / раствори телей для разведен и я вакцин,	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	

введенн ы х пациенту				Жарамдылык мерзімі Срок годности
				Вакцина/Вакцина
				Еріткіш/ Растворитель
				Вакцина/Вакцина
				Еріткіш/ Растворитель
				Вакцина/Вакцина
				Еріткіш/ Растворитель
				Вакцина/Вакцина
				Еріткіш/ Растворитель
				Вакцина/Вакцина
				Еріткіш/ Растворитель

Егу пунктiнiң түрi (



)



Стационарлық



Мобильді



Көшпелі



Басқа _____

Тип прививочного пункта (



)



Стационарный



Мобильный



Выездной



Другое _____

Бірінші / негізгі симптомның даму күні (күні, айы, жыл): ___ / ___ / _____ Уақыт (сағат / минут) _
___ / ___

Дата развития первого/основного симптома (день, месяц, год): ___ / ___ / ___ Время (час/минут) ___ / ___

Емдеуге жатқызу күні (күні, айы, жыл): ___ / ___ / ___

Дата госпитализации (день, месяц, год): ___ / ___ / ___

Денсаулық сақтауды басқару органдарының алғашқы хабарлау күні (күні, айы, жыл): ___ / ___ / ___

Дата первичного извещения органов управления здравоохранением (день, месяц, год): ___ / ___ / ___

Тергеп-тексеру күніндегі жағдай (



):

Қайтыс болды

Мүгедектік

Қалпына келтіру процесі

Состояние на дату расследования Умер Инвалидность Процесс выздоровления

Толық қалпына келтіру

Белгісіз

Полное выздоровление Неизвестно

Егер қайтыс болса, қайтыс болған күні мен уақыты (күні, айы, жыл): ___ / ___ / ___ (сағат / минут): ___ / ___

Если умер, дата и время смерти (день, месяц, год): ___ / ___ / ___ (час/время): ___ / ___

Патологиялық зерттеу жүргізілді ме? (



) Иә (Да) күні (дата) _____

Жоқ (Нет)

Проводилось патологоанатомическое исследование

Жоспарланған

(Запланировано на) күні (дата) ___ уақыты (время) _____

Қорытындыны қоса беріңіз (бар болса)

Приложите заключение (если имеется)

2 БӨЛІМ Алдыңғы анамнезі (вакцинацияға дейін)

РАЗДЕЛ 2 Предшествующий анамнез (до вакцинации)

Өлшемшарттар/ Критерии	Нәтижесі/ Результат	Пікірлер (Егер солай болса, мәліметтерді көрсетіңіз)/ Комментарии (если да, укажите подробности)
Өткендегі ұқсас жағдайлар / Аналогичные события в прошлом	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	

Алдыңғы егуден кейінгі қолайсыз көрініс (-тер) / Неблагоприятное проявление после предыдущей(-их) прививки(-ок)	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
Анамнезінде вакцинаға, дәрі-дәрмектерге немесе өнімге аллергия бар/ Аллергия на вакцину, лекарство или продукт питания в анамнезе	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
Алдыңғы 30 күндегі ауру / туа біткен патология/ Заболевание в предшествующие 30 дней/ врожденная патология	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
Себебін көрсете отырып, алдыңғы 30 күнде емдеуге жатқызу/ Госпитализация в предшествующие 30 дней с указанием причины	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
Пациент қазіргі уақытта басқа себеппен дәрі-дәрмек терапиясын алады ма?/ Пациент получает лекарственную терапию в настоящее время по другой причине? (Егер солай болса, дәрі-дәрмектерді, оны қолдану көрсеткіштерін, дозалары мен емдеу мерзімдерін көрсетіңіз)(Если да, укажите ЛС, показания к его применению, дозы и сроки лечения)	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
Кез-келген ауру (берілген иммундаудан кейінгі қолайсыз көрініске қатысты) немесе аллергия отбасылық тарихта Любое заболевание (имеющее отношение к данному неблагоприятному проявлению после иммунизации) или аллергия в семейном анамнезе	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
<p>Ұрпақты болу жасындағы әйелдер үшін Для женщин детородного возраста</p> <p>Қазіргі уақытта жүктілік? Беременность в настоящее время? Иә (Да) мерзімі апта (срок в неделях) _____ _____ / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)</p> <p>Қазіргі уақытта емшек емізу? Грудное вскармливание в настоящее время? Иә (Да)/ Жоқ (Нет)</p>		
<p>Емшектегі сәбилер үшін Для детей грудного возраста</p> <p>Туған <input type="checkbox"/></p> <p>мерзімінде <input type="checkbox"/></p> <p>мерзімінен бұрын <input type="checkbox"/></p> <p>мерзімінен кейін <input type="checkbox"/></p> <p>Туған кездегі дене салмағы: Родился срок недоношенным переношенным Масса тела при рождении:</p> <p>Босану <input type="checkbox"/></p> <p>қалыпты <input type="checkbox"/></p> <p>кесар тілігі <input type="checkbox"/></p>		

жәрдемақымен (қысқыштар, вакуум және т. б.)

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

С БӨЛІМІ Бірінші тексерудің нәтижелері ** иммундаудан кейінгі қолайсыз көрініс ауыр жағдайы
РАЗДЕЛ С Результаты первого обследования ** серьезного случая неблагоприятного проявления после иммунизации

Ақпарат көзі



(барлық қажетті):

Тергеп- тексеру маманының тексеруі

Источник информации (



все нужно): Осмотр специалистом по расследованию

Құжаттама

Ауызша аутопсия

Басқа _____

Документация Вербальная аутопсия Другое

Егер ауызша аутопсия болса-дереккөзді көрсетіңіз (Если вербальная аутопсия – укажите источник) _____

Бірінші тексерген адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) /пациентті емдеді:/
фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, который первым осматривал/лечил пациента:

Пациентті емдеуді жүргізетін басқа адамдардың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса):/
фамилия, имя, отчество (при наличии) других лиц, проводящих лечение пациента:

Ақпарат берген басқа көздер (көрсетіңіз):/

Другие источники, предоставившие информацию (укажите): _____

Белгілері мен симптомдары хронологиялық тәртіпте, вакцинациядан бастап:/

Признаки и симптомы в хронологическом порядке, начиная с момента вакцинации:

Осы клиникалық ақпаратты ұсынатын адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) және байланыс ақпараты (фамилия, имя, отчество (при наличии) и контактная информация лица, предоставляющего эту клиническую информацию):

Лауазымы (Должность):

Күні / уақыты (Дата/время)

**Нұсқаулар – барлық қолда бар құжаттардың көшірмелерін (ауру тарихын, эпикризді, аралық қорытындыларды, зертханалық талдау нәтижелерін және патологиялық зерттеу нәтижелері бойынша қорытындыны қоса) қоса беріңіз, содан кейін осы құжаттарда қамтылмаған қосымша ақпаратты көрсетіңіз, яғни.:

уір еір ени и в ход е сес ии) Қол жет імді бол са, тірк еу жур нал ын тірк еңіз (При лож ите жур нал рег ист рац ии, есл и дос туп ен)	Еңгізілге н дозалар саны Число введенн ых доз								

1. Пациентке вакцинация қашан жүргізілді?

- БАРЛЫҚ сұрақтар үшін қажет нәрсені белгілеңіз

Когда проводилась вакцинация пациента? отметьте нужное для ВСЕХ вопросов

Сессия шеңберіндегі алғашқы вакцинациялардың бірі

Сессия шеңберіндегі соңғы вакцинациялардың бірі

Белгісіз

Одна из первых прививок в рамках сессии Одна из последних прививок в рамках сессии Неизвестно

Егер көп дозалы құтылар қолданылса, пациент оны алды ма/ Если использовались многодозовые флаконы , получил ли пациент

одну из первых доз из флакона?

одну из последних доз из флакона?

Неизвестно

құтыдағы алғашқы дозалардың бірін? құтыдағы соңғы дозалардың бірін? Белгісіз

<p>2. осы вакцинаны тағайындау кезінде немесе қолдану жөніндегі ұсыныстарды сақтамау түрінде қате байқалды ма? Наблюдались ли ошибка при назначении или в виде несоблюдения рекомендаций по применению этой вакцины?</p>	<p>Иә (Да) / Жоқ (Нет)</p>
<p>3. тергеп-тексеру нәтижелері бойынша Сіз енгізілген вакцина (оның ингредиенттері) стерильді емес болуы мүмкін деп ойлайсыз ба? По результатам расследования считаете ли вы, что введенная вакцина (ее ингредиенты) могли быть нестерильными?</p>	<p>Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)</p>
<p>4. тергеп-тексеру нәтижелері бойынша вакцинаның физикалық жағдайы (мысалы., түс, лайлану, бөгде қоспалар және т. б.) енгізу кезінде сәйкес келмеді ме? По результатам расследования считаете ли вы, что физическое состояние вакцины (напр., цвет, мутность, инородные примеси и т.д.) было несоответствующим во время введения?</p>	<p>Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)</p>
<p>5. тергеп-тексеру нәтижелері бойынша вакцинатор вакцинаны сұйылту/ дайындау кезінде қате жіберді деп ойлайсыз ба (мысалы., дұрыс емес препарат, сұйылтқыштың дұрыс еместігі, дұрыс араластырмау, шприцті дұрыс толтырмау және т. б.)? По результатам расследования считаете ли вы, что вакцинатором допущена ошибка при разведении/ подготовке вакцины (напр., неверный препарат, неверный растворитель, неправильное смешивание, неправильное заполнение шприца и т.д.)?</p>	<p>Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)</p>
<p>6. терге-птексеру нәтижелері бойынша вакцинамен жұмыс істеу кезінде қате жіберілді деп ойлайсыз ба (мысалы., тасымалдау, сақтау және/немесе егу сессиясы барысында және т. б. суық тізбек жағдайларын бұзу)? По результатам расследования считаете ли вы, что допущена ошибка при обращении с вакциной (напр., нарушение условий холодовой цепи при транспортировке, хранении и/или в ходе прививочной сессии и т.д.)?</p>	<p>Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)</p>
<p>7. терге-тексеру нәтижелері бойынша вакцина дұрыс қолданылмаған деп ойлайсыз ба (мысалы., дұрыс емес доза, дұрыс емес орын немесе енгізу тәсілінің дұрыс еместігі, иненің дұрыс емес мөлшері, инъекцияның тиісті тәжірибесін сақтамау және т. б.)? По результатам расследования считаете ли вы, что вакцина была применена неправильно (напр., неверная доза, неправильное место или способ введения, неверный размер иглы, несоблюдение надлежащей практики инъекций и т.д.)?</p>	<p>Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)</p>
<p>8. Зардап шегушімен бірдей құтыдан/ампуладан вакцина енгізілген адамдардың саны Число лиц, которым была введена вакцина из того же флакона/ампулы, что и пострадавшему</p>	
<p>9. Қаралып отырған вакцина сол егу сессиясы кезінде енгізілген адамдардың саны Число лиц, которым рассматриваемая вакцина была введена во время той же прививочной сессии</p>	
<p>10. Басқа мекемелерде бірдей партия/серия нөмірі бар вакцинаны енгізген адамдардың саны. Осы мекемелерді көрсетіңіз: _____ Число лиц, которым в других учреждениях была введена рассматриваемая вакцина с тем же номером партии/серии. Укажите эти учреждения: _____</p>	

11. Бұл жағдай кластерге қатысты ма? Относится ли этот случай к кластеру случаев?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно
12. Олай болса, кластерде тағы қанша жағдай анықталды? Если да, сколько других случаев выявлено в кластере?	
1) Кластердегі барлық зардап шеккендерге бір құтыдағы вакцина егілді ме? Были ли все пострадавшие в кластере привиты вакциной из одного и того же флакона?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно
2) Егер жоқ болса, зардап шеккендерді вакцинациялау үшін пайдаланылған құтылардың санын көрсетіңіз (толық ақпаратты бөлек көрсетіңіз) Если нет, то укажите число флаконов, которые использовались для вакцинации пострадавших (подробную информацию укажите отдельно)	

Осы жауаптар бойынша түсіндірмелерді жеке парақтарда ұсынуды ұмытпаңыз
Обязательно представьте разъяснения по этим ответам на отдельных листах

4 БӨЛІМ Қарастырылып отырған вакцина қолданылған мекемеде (мекемелерде) иммундау практикасы РАЗДЕЛ 4 Практика иммунизации в учреждении(-ях), где применялась рассматриваемая вакцина (Бұл бөлімді сауалнамалар және/немесе іс жүзінде процедураларды бақылау нәтижелері бойынша толтырыңыз) (Заполните этот раздел по результатам распросов и/или наблюдений за процедурами на практике)	
Қолданылатын шприцтер мен инелер: Используемые шприцы и иглы:	
Вакцинация үшін өздігінен блокталатын (ӨБ) шприцтер қолданылады ма? Используются ли для вакцинации самоблокирующиеся (СБ) шприцы?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно
Олай болмаса, шприцтердің қандай түрлері қолданылатынын көрсетіңіз: Если нет, укажите, какие применяются типы шприцев:	
<input type="checkbox"/> Шыны	
<input type="checkbox"/> Бір реттік	
<input type="checkbox"/> Бір рет қолданылатын, бірақ қайта қолданылатын	
Басқа _____ Стекланные Одноразовые Одноразовые, но применяемые повторно Другое _____	
Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер: Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:	
Вакцины сұйылту (қалпына келтіру): (егер қажет болса ғана толтырылады, егер қолданылмаса, қажет емес белгісін қойыңыз) Разведение (восстановление) вакцины: (заполняется только если применимо, <input checked="" type="checkbox"/> , отметьте не применимо, если не применимо)	
Мәртебесі (Статус)	

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

растворители рекомендованы производителем?		Қажет емес (Нн применимо)
Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер: Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:		
5 БӨЛІМ Салқындату тізбегі және тасымалдау РАЗДЕЛ 5 Холодовая цепь и транспортировка (Бұл бөлімді сауалнамалар және/немесе іс жүзінде процедураларды бақылау нәтижелері бойынша толтырыңыз) (Заполните этот раздел по результатам расспросов и/или наблюдения за процедурами на практике)		
Вакцинаның соңғы сақтау орны: Последний пункт хранения вакцины:		
Вакциналарды сақтау үшін тоңазытқыштағы температураны бақылау жүргізіле ме? Осуществляется ли мониторинг температуры в холодильнике для хранения вакцин?	Иә (Да) / Жоқ (Нет)	
егер иә болса, вакцинаны тоңазытқышқа салғаннан кейін +2мл +8° С шегінен асатын температурада қандай да бір ауытқулар байқалды ма? Если да, отмечались ли какие-либо отклонения в температуре, выходящие за пределы +2+8° С, после помещения вакцины в холодильник?	Иә (Да) / Жоқ (Нет)	
егер иә болса, температура режимін бақылау нәтижелерін қосыңыз. Если да, приложите результаты мониторинга температурного режима.		
Вакциналарды, еріткіштерді және шприцтерді сақтаудың тиісті процедуралары орындалды ма? Соблюдались ли надлежащие процедуры хранения вакцин, растворителей и шприцев?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно	
Тоңазытқышта немесе мұздатқышта басқа препараттар / өнімдер сақталады ма (RPI вакциналары мен вакцина еріткіштерінен басқа)? Хранятся ли в холодильнике или морозильнике другие препараты/товары (отличные от вакцин РПИ и растворителей для вакцин)?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно	
Тоңазытқышта жартылай пайдаланылған қалпына келтірілген вакциналар анықталды ма? Обнаружены ли в холодильнике частично использованные восстановленные вакцины?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно	
Тоңазытқышта қолдануға жарамсыз вакциналар анықталды ма (жарамдылық мерзімі өтіп кеткен, таңбаланбаған, 3 немесе 4 сатыдағы құтыдағы термоиндикатор, мұздатылған)? Обнаружены ли в холодильнике какие-либо вакцины, не пригодные для использования (с истекшим сроком годности, без маркировки, флаконный термоиндикатор на стадиях 3 или 4, замороженные?)	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно	
Қоймада қолдануға жарамсыз вакцинасұйытқыштары анықталды ма (жарамдылық мерзімі өткен, дұрыс өндірушіге сәйкес келмейтін, жарылған ампулаларда, ластанған ампулаларда)?		

Обнаружены ли на складе какие-либо растворители для вакцин, не пригодные для использования (с истекшим сроком годности, не соответствующие нужному производителю, в треснутых ампулах, загрязненных ампулах)?	Иә (Да) / Жок (Нет) Белгісіз Неизвестно
Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер: Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:	
Вакцинаны тасымалдау: Транспортировка вакцины:	
Вакцинаны тасымалдау үшін қолданылатын тоңазытқыш сөмкесінің типі Тип сумки-холодильника, который применялся для транспортировки вакцины	
Вакцинация жүргізілген күні тоңазытқыш сөмкесі егу пунктіне жіберілді ме? Была ли сумка-холодильник отправлена на прививочный пункт в тот день, когда проводилась вакцинация?	Да / Нет / Неизвестно
Вакцинация жасалған күні егу пунктінен тоңазытқыш сөмке қайтарылды ма? Была ли сумка-холодильник возвращена из прививочного пункта в тот день, когда проводилась вакцинация?	Да / Нет / Неизвестно
Дайындалған (кондиционерленген) салқындату элементтері қолданылды ма? Использовались ли подготовленные (кондиционированные) хладоэлементы?	Да / Нет / Неизвестно
Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер: Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:	
6 Бөлім Жергілікті қоғамдастық деңгейіндегі тергеп-тексеру (елді мекенге бару және ата-аналардан/басқалардан сұрау) Раздел 6 Расследование на уровне местного сообщества (просьба посетить населенный пункт и опросить родителей/других лиц)	
Сол елді мекенде жәбірленуші иммундаудан кейінгі қолайсыз көрініс дамыған уақытқа ұқсас уақыт аралығында қандай да бір ұқсас оқиғалар туралы хабарланды ма? Сообщалось ли в том же населенном пункте о каких-либо аналогичных событиях в течение периода времени, аналогичного тому, когда у пострадавшего развилось неблагоприятное проявление после иммунизации? Иә (Да) / Жок (Нет) / Белгісіз (Неизвестно) Олай болса, ақпарат беріңіз: Если да, представьте информацию:	
Олай болса, мұндай оқиғалар/эпизодтар қанша? Если да, сколько таких событий/эпизодов?	
Зардап шеккендердің саны қанша Сколько из пострадавших Вакцинацияланған/вакцинированы: _____ Вакцинацияланбаған/ не вакцинированы: _____ Деректер жок/ нет данных: _____	
Қосымша пікірлер/Дополнительные комментарии:	
7 БӨЛІМ Басқа нәтижелер / бақылаулар / пікірлер РАЗДЕЛ 7 Другие полученные данные/наблюдения/комментарии	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
12-1-қосымша
Приложение 12-1 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Сноска. Приказ дополнен приложением 12-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 20.06.2024 № 24 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ _____ бұйрығымен бекітілген № 012-1/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 012-1/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__ _____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру тағайындау туралы акті

Акт о назначении расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения

№ _____

"___" _____ жыл (года) уакыты (время) Елді мекен (населенный пункт): _____
Әкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері
немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач

административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель)

(қажетінің астын сызу керек) тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (нужное подчеркнуть)
(фамилия, имя, отчество (при его наличии))

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 45-1 бабына сәйкес (в соответствии со статьей 45-1 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения", на основании)

Тергеп-тексерудің негізін көрсету: өтініш, ақпарат, шұғыл хабарлама, бақылау мақсатында сатып алу қорытындылары бойынша өнімді зерттеу нәтижелері, пайда болу, табу, бұзушылықтарды анықтау фактісі және т. б. (указать основание расследования: обращение, информация, экстренное извещение, результаты исследования продукции по итогам контрольного закупа, факт возникновения, обнаружения, выявления нарушения и др.)

1. Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы Қазақстан Республикасы заңнамасының талаптарын бұзудың мән-жайлары мен себептеріне жан-жақты тергеп-тексеру жүргізу (провести всестороннее расследование обстоятельств и причин нарушения требований законодательства Республики Казахстан в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

указать предмет расследования

2. Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласында тергеп-тексеру жүргізу үшін мынадай құрамда лауазымды адамдар не комиссия мүшелері айқындалсын (определить должностных лиц либо членов Комиссии для проведения расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения в следующем составе):

3. Лауазымды адамдар не комиссия мүшелері
(должностным лицам либо членам Комиссии):

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

2) себеп-салдар байланысын бағаласын, талдасын және анықтасын (провести оценку, анализ и установление причинно-следственной связи);

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

4. Тергеп-тексеру мынадай кезеңде жүргізілсін ____ жылғы " ____ " ____ бастап, ____ жылғы " ____ " _____ дейін
(Расследование провести в период с " ____ " _____ года по " ____ " ____ года).

5. Осы акт барлық мүдделі тұлғалардың назарына жеткізілсін
(Настоящий акт довести до сведения всех заинтересованных лиц).

6. Осы актінің орындалуын бақылауды өзіме қалдырамын
(Контроль за исполнением настоящего акта оставляю за собой).

7. Осы акт қол қойылған күнінен бастап күшіне енеді
(Настоящий акт вступает в силу со дня подписания).

Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы Руководитель государственного органа в с ф е р е санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Мөр орны Место печати	ТАӘ ФИО
--	--------------------------	------------

Акт ____ данада жасалды.

Акт составлен в ____ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
12-2-қосымша
Приложение 12-2 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Сноска. Приказ дополнен приложением 12-2 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 20.06.2024 № 24 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №_____ _____ бұйрығымен бекітілген № 012-2/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 012-2/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №_____ _____

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

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

№ _____

"___" _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт): _____
Әкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері
немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач
административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель)

_____ (қажетінің астын сызу керек) тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (нужное подчеркнуть)
(фамилия, имя, отчество (при его наличии))

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы
Кодексінің 38 - бабы 2-тармағының 1) тармақшасына сәйкес
(В соответствии с подпунктом 1) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан
"О здоровье народа и системе здравоохранения"):

1. Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы
тергеп-тексеру мерзімдері _____ жыл "___" _____ дейін ұзартылсын

(Продлить сроки расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения до " ____ " _____ года).

2. Осы акт барлық мүдделі тұлғалардың назарына жеткізілсін (Настоящий акт довести до сведения всех заинтересованных лиц).

3. Осы актінің орындалуын бақылауды өзіме қалдырамын (Контроль за выполнением настоящего акта оставляю за собой).

4. Осы акт қол қойылған күнінен бастап күшіне енеді (Настоящий акт вступает в силу со дня подписания).

Х а л ы қ т ы ң

санитариялық-эпидемиологиялық
саламаттылығы

саласындағы мемлекеттік
органның басшысы

Руководитель государственного
органа

в с ф е р е

санитарно-эпидемиологического
благополучия
населения

Мөр орны

Место печати

ТАӘ

ФИО

Акт ____ данада жасалды.

Акт составлен в ____ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
12-3-қосымша

Приложение 12-3 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Сноска. Приказ дополнен приложением 12-3 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 20.06.2024 № 24 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

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

Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 012-3/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 012-3/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру нәтижелері туралы акті

Акт о результатах расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения

№ _____

"___" _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт): _____
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру нәтижелері бойынша _____ жыл "___" _____ бастап, _____ жыл "___" _____ аралығында мыналар анықталды (По результатам расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, проведенного в период с "___" _____ года по "___" _____ года установлено следующее):

1. Адамның өміріне, денсаулығына, қоршаған ортаға зиян келтірген бақылау және қадағалау субъектісі/объектісі (Субъект/объект контроля и надзора причинившая (ий) вред жизни, здоровью человека, окружающей среде):

_____ адамның өміріне, денсаулығына, қоршаған ортаға зиян келтіру орны мен мекенжайы, ұйымның атауы, заңды тұлға немесе жеке кәсіпкер, ұйымдық-құқықтық нысаны (место и адрес причинения вреда жизни, здоровью человека, окружающей среде, название организации, юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, организационно-правовая форма)

2. Зардап шеккендер туралы мәліметтер (бар болса)
(Сведения о пострадавших (при наличии)):

№	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))	Туған жылы (Год рождения)	Зардап шегушінің диагнозы (Диагноз пострадавшего)	Зиянның ауырлық дәрежесі (Степень тяжести причинения вреда)	Ескертпе (Примечание)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

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

Бұл бөлімде басқа мәліметтермен қатар, мыналарды көрсету қажет: оқиғаға дейінгі объектінің, жабдықтың жұмыс режимі (ол болған кезде) (бекітілген, нақты, жобалық), оқиға алдындағы объектінің жай-күйі туралы қорытынды беру, осы объектіде бұрын осындай оқиғалар болған-болмағаны, олардың алдын алу жөніндегі іс-шаралар әзірленгені (қашан, кім және олар қалай орындағаны (В этом разделе, наряду с другими сведениями, необходимо указать: режим работы объекта (при его наличии), оборудования до инцидента (утвержденный, фактический, проектный), дать заключение о состоянии объекта перед инцидентом, были ли ранее на данном объекте аналогичные инциденты, разрабатывались ли мероприятия по их предупреждению (когда, кем и какие, как они выполнялись)

4. Тергеп-тексеру мәніне (оқиғаның) мән-жайлары (Обстоятельства предмета расследования (инцидента)):

5. Құжаттамамен танысып, тергеп-тексеру орнын қарап, түсіндірме, сараптама қорытындыларын зерттеп, тергеп-тексеру мәнінің куәгерлерінен және оған қатысы бар адамдардан сұрап, халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы талаптардың бұзылуы мынадай себептерге байланысты екенін анықтады (Ознакомившись с документацией, осмотрев место расследования, изучив объяснительные, заключения экспертизы и опросив очевидцев предмета расследования и лиц, причастных к нему, установили, что нарушение требований в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения обусловлено следующими причинами): _____

6. Орындау мерзімдерін көрсете отырып, салдарларды жою және олардың қайталануының алдын алу жөніндегі іс-шаралар (Мероприятия по ликвидации последствий и предупреждению их повторения с указанием сроков исполнения):

	Іс-шараның атауы		
		Орындау мерзімі	Жауапты тұлға

№	(Наименование мероприятия)	(Срок исполнения)	(Ответственное лицо)
1	2	3	4

7. Бұзушылықтарға жол берген заңды және жеке тұлғаларға қатысты жауапкершілік шаралары және оларды жазалаудың ұсынылған шаралары (Меры ответственности в отношении юридических и физических лиц, допустивших нарушения и предложенные меры их наказания): _____

8. Басқа ақпарат (Иная информация): _____

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

10. Ерекше пікір (бар болса) _____ парақта
(Особое мнение (при наличии) на _____ листах).

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

қолы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), лауазымы
(подпись, фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность)

Акт ___ данада жасалды.

Акт составлен в ___ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
12-4-қосымша
Приложение 12-4 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Сноска. Приказ дополнен приложением 12-4 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 20.06.2024 № 24 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

_____ Нысанның БҚСЖ бойынша коды _____

		Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 012-4/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 012-4/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №_____ _____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алуды тағайындау туралы акті

Акт о назначении контрольного закупа продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения

№ _____

"___" _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт): _____
 Әкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері
 немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач
 административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель)

кажетінің астын сызу керек) (Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (нужное подчеркнуть)
 (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы
 Кодексінің 43-бабына сәйкес (В соответствии с статьей 43 Кодекса Республики
 Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения", на основании)

(халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласында бақылау
 мақсатында сатып алудың жүзеге асыру қағидаларында белгіленген өнімді (тауарды)
 бақылау мақсатында сатып алудың негіздерін көрсету (указать основания

контрольного закупа продукции (товара), установленные правилами осуществления контрольного закупа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

1. Лауазымды тұлға (лар) жүзеге асырсын
(Осуществить должностному (ым) лицу (ам))

(мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

_____ жыл " _____ " _____ бастап, _____ жыл " _____ " _____ дейін мерзімде халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы келесі өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алу (в срок с " _____ " _____ года до " _____ " _____ года контрольный закуп следующей продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения):

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

2. Осы акт қол қойылған күннен бастап күшіне енеді
(Настоящий акт вступает в силу со дня подписания).

Х а л ы қ т ы ң

санитариялық-эпидемиологиялық
саламаттылығы саласындағы

мемлекеттік органның

басшысы

Руководитель государственного
органа в сфере

санитарно-эпидемиологического
благополучия населения

Мөр орны

Место печати

ТАӘ

ФИО

Акт ___ данада жасалды.

Акт составлен в ___ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
12-5-қосымша

Приложение 12-5 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Сноска. Приказ дополнен приложением 12-5 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 20.06.2024 № 24 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №_____ _____
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		бұйрығымен бекітілген № 012-5/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 012-5/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №_____ _____

Өнімді (тауарды) сатып алу актісі

Акт покупки продукции (товара)

№ _____

"___" _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт): _____
Мен, лауазымды тұлға (Мною, должностным лицом) _____

_____ (мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)

Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), лауазымы
(фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность)

Осы өнімді (тауарды) сатып алу актісі жасалды
(Составлен настоящий акт покупки продукции (товара)):

1. Бақылау мақсатында сатып алуды тағайындау туралы актінің нөмірі мен күні
(Номер и дата акта о назначении контрольного закупа) _____

2. Бақылау мен қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы, сатып алуды жүргізу
мекенжайы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора,
адрес проведения покупки) _____

3. Сатып алынатын өнімнің (тауардың) атауы, олардың саны және өндірушісі

(Наименование закупаемой продукции (товара), их количество и производитель)

4. Сатып алуы жүргізу күні мен уақыты (Дата и время проведения покупки)

5. Санитариялық-эпидемиологиялық зерттеу өткізу үшін санитариялық-эпидемиологиялық мекемеге жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки в организацию санитарно-эпидемиологической службы для проведения санитарно-эпидемиологической экспертизы)

6. Өнімдерді тасымалдау барысында сақтау шарттары
(Условия хранения продукции при транспортировке)

7. Пломбалау кезінде қаптаманың түрі (вид упаковки при опломбировании)

(полимерлі, қағаз, шыны, басқалар) (полимерное, бумага, стекло, другое)

8. Жарамдылық мерзімі көрсетілмеген және (немесе) өтіп кеткен және айқын бұзылу

белгілері бар өнімдер (тауарлар) туралы ақпарат (Информация о продукции (товарах) с неустановленным и (или) истекшим сроком годности, явными признаками порчи)

9. Қабылданған жедел ден қою шаралары туралы белгі
(Отметка о принятых мерах оперативного реагирования)

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)	Үлгілер өнімдерінің атауы, өндірушісі (наименование образцов продукции (товара), производитель)	Алынған үлгілер саны (Количество образцов, ед.)	Үлгінің салмағы, көлемі (Вес, объем образца)	Өнімнің сәйкестендіру мәліметтері (шығарылған күні, жарамдылық мерзімі, сериясы, партия нөмірі, т.б.). (Идентификационные сведения о продукции (дата производства, срок годности,	Бірлік үшін бағасы, тенге (Цена за единицу, тенге)	Жалпы сомасы, тенге (Итого сумма, тенге)	Пломба нөмірі

				серия, номер партии, т.д.)			(Номер пломбы)
1	2	3	4	5	6	7	8

Осы актiге қоса берiледi (К настоящему акту прилагаются) _____
бақылау-касса машинасының чегi немесе тауар чегi, тауарларға iлеспе құжат
(чек контрольно-кассовой машины или товарный чек, сопроводительная накладная на
товары)

Сатушы (Продавец)

Лауазымды тұлға
(Должностное лицо)

лауазымы, тегi, аты,
әкесiнiң аты (бар болса), қолы
(подпись, должность, фамилия, имя,
отчество (при его наличии))

лауазымы, тегi, аты,
әкесiнiң аты (бар болса), қолы
(подпись, должность, фамилия, имя,
отчество (при его наличии))

Сатушы өнiмдi (тауарды) сатып алу актiсiне қол қоюдан бас тартты
(Продавец отказался от подписания акта покупки продукции (товара))

лауазымды адамның Тегi, Аты, Әкесiнiң аты (бар болса) және қолы
(подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии)) должностного лица)

Акт ___ данада жасалды.

Акт составлен в ___ экзemplярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрiнiң
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
12-6-қосымша
Приложение 12-6 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

**Сноска. Приказ дополнен приложением 12-6 в соответствии с приказом Министра
здравоохранения РК от 20.06.2024 № 24 (вводится в действие по истечении десяти
календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

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

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2021 жылғы "___" _____ № ___ _____
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 012-6/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № ___ _____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алу нәтижелері туралы акті

Акт о результатах контрольного закупа продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения

№ _____

"___" _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт): _____
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы бақылау мақсатында сатып алу нәтижелері бойынша _____ жылы "___" _____ мыналар анықталды (По результатам контрольного закупа продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, проведенного на основании акта о назначении контрольного закупа продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения от "___" _____ года, установлено следующее):

1. Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі)
(Субъект (объект) контроля и надзора)

_____ сауда объектісінің атауы, жеке сәйкестендіру номері/ бизнес сәйкестендіру номері, мекенжайы (наименование торгового объекта, индивидуальный идентификационный номер/бизнес идентификационный номер, адрес)

2. Сатып алынған өнім (тауар) (Закупленная продукция (товар)):

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

3. Бақылау мақсатында сатып алу нәтижелері (Результаты контрольного закупа):

_____ Өнімнің (тауардың) Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттердің талаптарына және (немесе) бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкестігін немесе сәйкес еместігін көрсету қажет

(необходимо указать соответствие или несоответствие продукции (товара) требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза)

4. Анықталған бұзушылықтарды жою жөніндегі іс-шаралар, оларды жою мерзімдері (Мероприятия по устранению выявленных нарушений, сроки их устранения)

5. Бақылау және қадағалау субъектісіне қатысты жедел ден қою шараларын қолдану туралы ақпарат (Информация о применении меры оперативного реагирования в отношении субъекта контроля и надзора):

(алынатын (қайтарылатын) өнімнің деректемелері, саны)
(реквизиты, количество изымаемой (отзываемой) продукции)

6. Өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алу нәтижелері бойынша тергеп-тексеруді тағайындау туралы ақпарат (Информация о назначении расследования по результатам контрольного закупа продукции (товара)): иә/жоқ (керегінің астын сызу) (да/нет (нужное подчеркнуть))

Лауазымды тұлға (Должностное лицо) _____ колы (подпись)

Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

(фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Акт ___ данада жасалды.

Акт составлен в ___ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
13-қосымша
Приложение 13
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Санитариялық-эпидемиологиялық
қызметтің мемлекеттік органының
атауы
Наименование государственного
о р г а н а
санитарно-эпидемиологической
службы

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау
министрінің 2021 жылғы "___" ___
№ _____ бұйрығымен
бекітілген № 013/е нысанды
медициналық құжаттама

Медицинская документация
Форма № 013/у
Утверждена приказом Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от "___" _____
2021 года № _____

Вирусологиялық зерттеуге жіберу ЖОЛДАМАСЫ НАПРАВЛЕНИЕ на вирусологические исследование

1. Медициналық ұйымның атауы

_____ (Наименование медицинской организации)

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

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

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

4. Жасы (Возраст)

5. Мекен жайы

(Домашний адрес) _____

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

7. Ауырған күні

(Дата заболевания) _____

8. Емдеуге жатқызу күні

(Дата госпитализации)

9. Материал алынған күн

(Дата взятия материала)

10. Диагнозы

(Диагноз)

11. Аурудың негізгі симптомдары

(Основные симптомы заболевания)

12. Қысқа эпидемиологиялық анамнез

(Краткий эпидемиологической анамнез)

13. Екпелер саны

(Количество прививок)

14. Соңғы егілу күні

(Дата последней прививки)

Дәрігер

(Врач)

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
14-қосымша
Приложение 14
к приказу Министра
здравоохранения

Республики Казахстан

от " " _____ 2021 года

№ _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 014/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 014/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Дезинфекциялау камерасына жолдама

Направление в дезинфекционную камеру

Наряд бойынша № _____

(По наряду) № _____

Азаматтан (шадан) қабылданды

(Приняты от гражданина (ки)) _____

Мекен-жайы

(Адрес) _____

салдарынан дезинфекциялауға алынды (для дезинфекции по поводу)

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

_____ 20__ жылы (году)

Заттарды дезинфекциялау камерасына өткіздім

(Вещи сдал в дезинфекционную камеру) _____

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

_____ 20__ жыл (год)

Камерадан заттарды қабылдап алдым

(Вещи из камеры принял) _____

Зерттеу әдістемесінің нормативтік құжаты

Нормативный документ на метод испытаний

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 15-қосымша
Приложение 15 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

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

1. Тіркеу №
(регистрационный №) _____

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

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

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

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

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

7. Зерттеу мақсаты
(Цель исследования) _____

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

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

10. Жасы (Возраст) _____

11. Зерттелушінің ЖСН (ИИН обследуемого) _____

12. Мекен жайы (Домашний адрес) _____

13. Жұмыс орны (Место работы) _____

14. Диагнозы (Диагноз) _____

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

данада толтырылды (составлен в ___ экземплярах)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 16-қосымша
Приложение 16 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ № _____ бұйрығымен Бекітілген № 016/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 016/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Сынама үлгілерін _____ вирусологиялық зерттеулерге

(инфекция түрін көрсетініз)

ЖОЛДАМА

НАПРАВЛЕНИЕ

на исследование образцов проб на вирусологическое исследование

(указать вид инфекции)

1. Тіркеу № (регистрационный №) _____

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

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

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

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

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

7. Зерттеу мақсаты

(Цель исследования) _____

8. Зерттеуге дәлелдеме: ағымдығы сан. бақылау ретінде, эпидемиолог, көрсеткіші бойынша (астын сызу немесе қосып жазу)

(Показания к исследованию: в порядке текущего санитарного надзора, по эпид. показаниям (подчеркнуть или дописать)) _____

9. Зерттелушінің Т.А.Ә.(болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при наличии) обследуемого) _____

10. Жасы (Возраст) _____

11. Зерттелушінің ЖСН (ИИН обследуемого) _____

12. Мекен жайы (Домашний адрес) _____

13. Жұмыс орны (Место работы) _____

14. Диагнозы (Диагноз) _____

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

(при наличии),

Должность, подпись лица, отобравшего образец) _____

___ данада толтырылды (составлен в ___ экземплярах)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 17-қосымша
Приложение 17 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 017/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 017/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____
---	--

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

Облысы, ауданы/қаласы : Область, район/город:	Наукастың эпиднөмірі: 1 Эпидномер больного: 1	Күні: /// ж Дата: /// г
Аурудың Т.А.Ә (болған жағдайда): Ф.И.О (при наличии) больного:	Е М	Ә Ж
Туылған күні: /// жыл Дата рождения: /// года	Жасы (айы): //ж Возраст (месяц): //л	
Кәмелеттік жасқа толмаған балалар үшін анасының /әкесінің/қамқоршысының Т.А.Ә. (болған жағдайда): Ф.И.О.(при наличии) матери/отца/опекуна для несовершеннолетних детей:		
Мекен-жайы: Адрес:		
Қызылшаға, қызамыққа қарсы екпелер саны: Количество вакцинаций против кори, краснухи	Соңғы екпе егілген күні: Дата последней вакцинации:	
Дене қызуының көтерілген күні: /// ж. 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 күні: /// ж Дата сбора: /// г	Жіберілген күні: /// ж Дата отправки: /// г
(1)		
(2)		
Зерттеу нәтижелерін мына қызметкерге Т.А.Ә.(болған жағдайда) жіберу керек : Ф.И.О. (при наличии) сотрудника, которому должны быть отправлены результаты исследования:		
Мекен-жайы: Адрес:		

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 18-қосымша
Приложение 18 к приказу
Министра здравоохранения

Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Санитариялық-паразитологиялық зерттеуге ЖОЛДАМА НАПРАВЛЕНИЕ на санитарно-паразитологическое исследование

1. Тіркеу № (регистрационный №) _____
2. Материал жіберілетін санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығы зертханасының атауы _____
(Наименование лаборатории центра санитарно-эпидемиологической экспертизы, в которую направляется материал)
3. Нұсқаның атауы және саны _____
(Наименование и число образцов)
4. Ыдысы, орамасы, таңбалау _____
(Тара, упаковка, маркировка)
5. Нормативтік құжаттың аты, сынама іріктелген орын, уақыты, мезгілі _____
(Место, дата и время отбора, наименование нормативного документа)
6. Сынамаларды паразитологиялық зертханаға жеткізу уақыты және шарттарды _____
(Время и условия доставки проб в паразитологическую лабораторию)
7. Зерттеу мақсаты (Цель исследования на:) _____

8. Зерттеуге дәлелдеме: ағымдығы санитариялық бақылау ретінде, эпидемиологиялық көрсеткіші бойынша (астын сызу немесе қосып жазу)

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

9. Үлгіні алған адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда) қызметі, қолы,

(Ф.И.О. (при наличии),

Должность, подпись лица, отобравшего образец) _____

(Зерттеу әдістемесіне нормативтік құжаттар _____

(Нормативный документ на метод испытаний)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 19-қосымша
Приложение 19 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

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

1. Сынаманың атауы

(Наименование пробы) _____

2. Зерттелушінің Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при наличии) обследуемого) _____

3. Жасы

(Возраст) _____

4. Мекен жайы

(Домашний адрес) _____

5. Жұмыс орны

(Место работы) _____

6. Диагнозы (Диагноз) _____

7. Үлгіні жіберген мекеменің атауы

(Наименование учреждения направившего образец) _____

8. Сынаманы жеткізу күні және уақыты

(Дата и время доставки материала) _____

9. Антибиотикті қабылдау

(Применение антибиотиков) _____

10. Қаны бірінші рет/қайталап алынды

(Кровь взято первично/повторно) _____

11. Сынамаларды зерттеу мақсаты

(Цель исследования пробы) _____

12. Зерттеу әдісі, реакция түрі

(Метод исследования, вид реакции) _____

13. Сынаманы қабылдаған адамның қолы

(Подпись принявшего анализ) _____

14. Материалды жеткізу күні және уақыты

(Дата и время доставки материала)

15. Тасымалдау жағдайы

(Условия транспортировки) _____

16. Зерттеу әдістемесіне нормативтік құжат

(Нормативный документ на метод испытаний)

_____ данада толтырылады (составляется в _____ экземплярах)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы " " _____

№ _____ бұйрығына

20-қосымша

Приложение 20 к приказу
Министра здравоохранения

Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № бұйрығымен бекітілген № _____ 020/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 020/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

**Адамдардан іріктелген сынамаларды _____ тексеруге ЖОЛДАМА
НАПРАВЛЕНИЕ материала от людей на _____ исследования**

1. Сынаманың атауы
(Наименование пробы) _____
2. Зерттелушінің Т.А.Ә. (болған жағдайда)
(Ф.И.О. (при наличии) обследуемого) _____
3. Жасы (Возраст) _____
4. Зерттелушінің ЖСН (ИИН обследуемого) _____
5. Мекен жайы (Домашний адрес) _____
6. Жұмыс орны (Место работы) _____
7. Диагнозы (Диагноз) _____
8. Үлгіні жіберген мекеменің атауы
(Наименование учреждения направившего образец) _____
9. Сынаманың алынған күні және уақыты
(Дата и время забора материала) _____
10. Антибиотикті қабылдау (Применение антибиотиков) _____
11. Сынама бірінші рет/ қайталап алынды (проба взята первично/повторно) _____

12. Сынамаларды зерттеу мақсаты (Цель исследования пробы)

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

14. Сынаманы қабылдаған адамның қолы

(Подпись принявшего анализ) _____

15. Материалды жеткізу күні және уақыты

(Дата и время доставки материала) _____

16. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

17. Дополнительная информация:

Ауырған күні (Дата заболевания) _____

Қай елден келді (Страна прибытия) _____

Ауырған адаммен байланыс (Контакт с больным) _____

Симптомдары (Симптомы) _____

Сынаманың жіберу күні және уақыты

(Дата и время направление материала) _____

Сынаманың жеткізген күні және уақыты

(Дата и время доставки материала) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
21-қосымша
Приложение 21 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 021/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы		Медицинская документация Форма № 021/у

Наименование государственного
о р г а н а
санитарно-эпидемиологической
службы

Утверждена приказом Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от "___" _____
2021 года № _____

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

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

Сынаманы қабылдау

Прием анализа

Сынаманың №

(№ анализа) _____

Зертхана

(Лаборатория) _____

Қабылдау күні және уақыты

(Дата и время приема) _____

Сынаманы қабылдаған адамның қолы

(Подпись принявшего анализ) _____

Зерттеу қорытындысы

(Результат исследования) _____

Қорытынды берілген күн

(Дата выдачи ответа) _____

Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при наличии) проводившего исследование)

Қолы

(Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при наличии) заведующего лабораторией)

Қолы

(Подпись) _____

_____ данада толтырылады

(составляется в _____ экземплярах)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы " " _____

№ _____ бұйрығына

22-қосымша

Приложение 22

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от " " _____ 2021 года

№ _____

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат A4

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

Материалдарды тырысқақ қоздырғышына зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ исследования материала на наличие возбудителя холеры

№ _____ "___" _____ 20__ ж. (г.)

1. Т.А.Ә. (болған жағдайда)
(Ф.И.О. (при наличии)) _____
 2. Жасы (Возраст) _____
 3. Мекен-жайы (Адрес) _____
 4. Жұмыс орны (Место работы) _____
 5. Диагнозы (Диагноз) _____
 6. Сынаманы алған күні және уақыты
(Дата и время взятия пробы) _____
 7. Бірінші рет немесе қайталап
(Первичный или повторный) _____
 8. Антибиотикті қабылдағаны туралы
(Применения антибиотика) _____
 9. Жіберген мекеме
(Направляющее учреждения) _____
 10. Сынама атауы
(Наименование пробы) _____
 11. Жеткізу күні мен уақыты
(Дата и время доставки) _____
 12. Зерттеу мақсаты
(Цель обследования) _____
 13. Үлгіні жіберген адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда). Қолы
(Должность, Ф.И.О. (при наличии), подпись направившего материал)
-
14. Зерттеу әдісіне нормативтік құжат
(Нормативный документ на метод испытаний)
-
15. Зерттеу қорытындысы
(Результат исследования) _____
- Үлгілердің (нің) нормативтік құжаттарға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование образца проводились на соответствие ормативного документа)

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

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в __ экземплярах)
Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж) г
Парақтар саны (Количество страниц) _____

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

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

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

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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
23-қосымша
Приложение 23
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № _____ 023/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 023/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Тамақ өнімдерінің үлгілерін зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ исследования образцов пищевых продуктов

№ _____ от "___" _____ 20 ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы
(Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгі алынған орын
(Место отбора образца) _____
3. Үлгі атауы
(Наименование образца) _____
4. Саны (Количество) _____
5. Зерттеудің мақсаты
(Цель исследования) _____
6. Мөлшері
(Объем) _____
7. Топтама сана
(Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі
(Дата выработки) _____
9. Жарамдылық мерзімі
(Срок годности) _____
10. Алынған күні мен уақыты
(Дата и время отбора) _____
11. Жеткізілген күні мен уақыты

(Дата и время доставки) _____

12. Үлгі алу әдісіне НҚ

(НД на метод отбора) _____

13. Тасымалдау жағдайы

(Условия транспортировки) _____

14. Сақтау жағдайы

(Условия хранения) _____

15. Қосымша мәліметтер

(Дополнительные сведения) _____

16. Зерттеу әдісіне қолданылған нормативтік құжат (НҚ)

(Нормативный документ (НД) на метод испытаний)

Зерттеу нәтижелері

(Результаты исследования)

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

Хаттама __ данада толтырылды

(Протокол составлен в __ экземплярах)

Хаттама берілген күні

(Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж) г

Парақтар саны

(Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН

(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

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

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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
24-қосымша
Приложение 24
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 024/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы
Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы

Медицинская документация
Форма № 024/у
Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Суды микробиологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ микробиологического исследования воды
№ _____ от "___" _____ күні 20 ж. (г.)

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

				Зерттеу әдістеріне
--	--	--	--	--------------------

Көрсеткіштердің атауы (Наименование показателей)	Өлшеу бірлігі (Единица измерения)	НҚ бойынша нормасы (Норма по НД)	Зерттеу нәтижесі (Результат испытания)	қолданылған НҚ (НД на метод испытания)
1	2	3	4	5
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О.(при наличии), должность специалиста проводившего исследование)				
Қолы (Подпись)				
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О.(при наличии), подпись заведующего лабораторией)				
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы			
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)			

Хаттама __ данада толтырылды
(Протокол составлен в ___ экземплярах)

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

Парақтар саны (Количество страниц) _____

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

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

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

(Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам)

исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
25-қосымша
Приложение 25
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Шайындыларды микробиологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ микробиологического исследования смывов

№ _____ (от) " " _____ күні 20 ж. (г.)

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

3. Үлгіні зерттеу мақсаты
(Цель исследования образца) _____
4. Алынған күні мен уақыты
(Дата и время отбора) _____
5. Жеткізілген күні мен уақыты
(Дата и время доставки) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Партия номері (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Зерттеу күні мен уақыты
(Дата и время исследования) _____
10. Үлгі алу әдісіне нормативтік құжат (НҚ)
(Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____
11. Қосымша деректер
(Дополнительные сведения) _____
12. Зерттеу әдістемеге қолданылған НҚ (НД на метод испытаний)

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

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

Место печати	(Ф.И.О. (при наличии), подпись)
--------------	------------------------------------

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в __ экземплярах)
Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады
(Результаты исследования

распространяются только на образцы, подвергнутые испытанием)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН

(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің,
химиялық

заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы
қорытындысы

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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
26-қосымша
Приложение 26
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

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

Тамақ өнімдерін микробиологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ микробиологического исследования пищевых продуктов

№ _____ от "___" _____ 20__ ж. (г.)

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

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

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в __ экземплярах)
Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г
Парақтар саны (Количество страниц) _____

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

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН

(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

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

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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
27-қосымша
Приложение 27
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 027/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 027/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

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

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

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгінің атауы. Үлгі алынған орын. (Наименование образца. Место отбора образца)	Микробиологиялық көрсеткіштер (Микробиологические показатели)				
		3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)						
Қолы (Подпись)						
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә.						

(болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии) , подпись заведующего лабораторией)		_____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасар ы) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	
Место печати	Руководит е л ь организац и и (заместите ль) (Ф.И.О. (п р и наличии), подпись)	_____ _____

Хаттама ___ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)
Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г
Парақтар саны (Количество страниц) _____

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

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

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

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

Приложение 28
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Тасымалдаушылыққа микробиологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ микробиологического исследования на носительство
№ _____ от " " _____ 20__ ж.(г.)

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

10. Үлгі алу әдісіне қолдалынған нормативтік құжат (НҚ)

(Нормативный документ (НД) на метод отбора)

11. Тасымалдау жағдайы

(Условия транспортировки)

12. Сақтау жағдайы

(Условия хранения)

13. Зерттеу әдісіне қолдалынған НҚ

(НД на метод испытаний)

14. Қосымша мәліметтер

(Дополнительные сведения)

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

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

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в __ экземплярах)

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

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
испытаниям)

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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
29-қосымша
Приложение 29
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен Бекітілген № 029/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 029/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Нәжісті бактериологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ бактериологического исследования фекалий

№ _____ от " _____ " _____ 20____ ж. (г.)

1. Тексерілушінің тегі, аты, әкесінің аты
(Фамилия, имя, отчество обследуемого)

2. Зерттеу алғашқы, қайталанып (исследование первичное, повторное)
астын сызыңыз (подчеркнуть) _____

3. Медициналық ұйым

(Медицинская организация) _____

4. Үлгінің келіп түскен күні

(Дата поступления образца) _____

5. Зерттеу аяқталған күн

(Дата окончания исследования) _____

6. Мөлшері (Объем) _____

7. Топтама нөмірі (Номер партий) _____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

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

12.	Энтерококктар (Энтерококки)	106-107	105-106	
13.	Клостридиялар (Клостридии)	< 101	< 105	
14.	Кандида тұқымдас санырауқұлақтар (Грибы рода кандиды)	< 103	< 105	
15.	ТГТБ (НГОБ)	< 103	< 103	
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)		_____		
Қолы (Подпись)		_____		
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____		
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	_____		
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	_____		

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в __ экземплярах)
Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г
Парақтар саны (Количество страниц) _____

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
30-қосымша
Приложение 30
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма

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

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

1. Объектінің атауы, алу орны
(Наименование объекта, место отбора) _____
2. Үлгінің атауы
(Наименование образца) _____
3. Өндіруші ел (фирма) (жеткізуші) (Страна (фирма) изготовитель (поставщик))

4. Үлгіні алу күні, сақтау мерзімі
(Дата получения образца, срок хранения) _____
5. Сынама алу әдісіне қолданылған нормативтік құжат (НҚ)
(Нормативный документ (НД) на метод отбора)

6. Үлгіні алу актісі (Акт отбора образца) №__ от _____
7. Үлгінің сипаттамасы (Описание образца) _____
8. Мөлшері (Объем) _____
9. Өндірілген мерзімі _____ жарамдылық мерзімі
(Дата выработки) _____ (срок годности)
10. Топтама нөмірі (Номер партий) _____

11. Зерттеудің басталу күні

(Дата начала исследования) _____ аяқталуы (окончания) _____

Өлшеу нәтижелері

(Результаты измерений)

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

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование проводилось на соответствие НД)

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

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

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

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН

(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы " " _____

№ _____ бұйрығына

31-қосымша

Приложение 31

к приказу Министра
здравоохранения

Республики Казахстан

от " " _____ 2021 года

№ _____

Нысан

Форма

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

Шикізат пен тамақ өнімдерін молекулярлық-генетикалық сынақтарға зерттеу
ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ исследования сырья и пищевых продуктов на молекулярно-генетические
испытания

№ _____ от "___" _____ 20___ ж. (Г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы
(Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
4. Зерттеуге алынған үлгінің саны (мөлшері)
(количество (масса) пробы на испытание) _____
5. Партияның нөмірі, сыртқы ораманың түрі
(номер партии, вид упаковки) _____
4. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца) _____
5. Сынаманы алған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Топтама нөмірі (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
10. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
11. Үлгі алу әдісіне қолданылған нормативтік құжат (НҚ)
(Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____
12. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

13. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____

14. Жасалған күні, сақтау мерзімі

(Дата выработки, срок хранения) _____

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгінің атауы, Объектінің атауы (Наименование образца, наименование объекта)	Үлгінің нөмірі (Номер образца)	Молекул ярлық-ге нетикалы қ көрсеткі штер (Молекул ярно-гене тические показател и)	Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)		Нормала натын көрсеткі ш (Нормиру емый показател ь)	НҚ – әдісіне зерттеу (НД на Метод испытани я)
				Сапалық көрсеткі ш (Качестве нный показател ь)	Сандық көрсеткі ш (Количест венный показател ь)		
1	2	3	4	5	6	7	8
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О.(при наличии), должность специалиста проводившего исследование)		_____					
Қолы (Подпись)		_____					
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О.(при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____					
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	_____					
Место печати	Руководитель организации заместитель) (Ф.И.О.(при наличии), подпись)	_____					

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

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

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования

распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН (Частичная перепечатка

протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы " " _____
 № _____ бұйрығына
 32-қосымша
 Приложение 32
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 032/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 032/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Тамақ өнімдерін молекулярлық-генетикалық сынақтарға полимеразды-тізбекті реакция (ПТР) әдісімен зерттеу және имудық ферментті талдау (ИФТ) ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования пищевых продуктов на молекулярно-генетические испытания методом полимеразно-цепной реакций (ПЦР) и иммуноферментный анализ (ИФА) № _____ от " " _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы
(Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
4. Зерттелетін сынамалар саны (мөлшері)
(Количество (масса) пробы на испытание) _____
5. Партияның нөмері, ораманың түрі (номер партии, вид упаковки) _____
6. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца) _____

7. Сынама алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
8. Топтама нөмірі (Номер партий) _____
9. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
10. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
11. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
12. Үлгі алу әдісіне қолданылған нормативтік құжат (НҚ)
(Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____
13. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____
14. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____
15. Жасалған күні, сақтау мерзімі (Дата выработки, срок хранения) _____

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

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

Место печати	и (заместитель)) (Ф.И.О.(при наличии), подпись)
--------------	---

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в __ экземплярах)
Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г
Парақтар саны (Количество страниц) _____

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
33-қосымша
Приложение 33
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Зоонозды және аса қауіпті инфекцияларға микробиологиялық зерттеу
ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ микробиологического исследования на зоонозные и особо опасные
инфекции

№ _____ (от) " ____ " _____ күні 20 ж. (г.)

1. Үлгілердің зерттеу нәтижесін алатын мекеме атауы
(Наименование учреждений получающий результат исследования образца)

2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____

3. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

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

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

6. Сынамалар саны (количество проб) _____

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

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

9. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Өлшеулер нәтижелері (Результаты измерений)

Үлгілер нөмірі (Номер образца)	Алынған үлгілер атауы, үлгі алынған орын және нүктелер (Наименовани е отобранных образцов, место и точки отбора)	Зерттеу әдістері Реакция түрі (Методы исследования Вид реакции)	Зерттеу мақсаты (Цель исследования)	Зерттеу нәтижесі (Результаты исследования)
1	2	3	4	5
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)	_____	_____	_____	_____
Қолы (Подпись)	_____	_____	_____	_____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)	_____	_____	_____	_____

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

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в __ экземплярах)
Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г
Парақтар саны (Количество страниц) _____

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
34-қосымша
Приложение 34
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 034/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы
Наименование государственного органа
санитарно-эпидемиологической службы

Медицинская документация
Форма № 034/у
Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Полимерлік және басқа материалдардың, олардан жасалған бұйымдардың, химиялық заттар мен композициялардың үлгілерін зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ исследования образца полимерных и других материалов, изделий из них, химических веществ и композиций

№ _____ от "___" _____ 20 ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы
(Наименование объекта, адрес) _____

2. Бұйымның атауы (Наименование изделия) _____

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

4. Бұйымдар жасалған материалға нормативтік құжат
(Нормативный документ на материалы, из которого выполнено изделие)

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

6. Үлгінің жазбаша сипаты (Описание образца) _____

7. Мөлшері (Объем) _____

8. Партия нөмірі (Номер партий) _____

9. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

10. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

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

Ингредиенттер көрсеткішінің атауы (Наименование показателя ингредиентов)	Үлгі ортасы (Модельная среда)	Анықталған концентрация (параметрлері, уыттылығы токсичности) Обнаруженная концентрация параметры токсичности)	Шектелген концентрация (Допустимая концентрация)	Зерттеулер әдістеріне НК НД на методы исследований
1	2	3	4	5
Органолептические:				

Физико-химические :				
Токсикологические:				

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

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

Хаттама ___ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)
Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г
Парақтар саны (Количество страниц) _____

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

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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
35-қосымша
Приложение 35
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды
--	---

		Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ №___ бұйрығымен бекітілген № 035/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 035/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Аэроиондар концентрациясын өлшеу ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ измерений концентрации аэроионов

№ _____ от "___" _____ 20 ж. (г.)

1. Шаруашылық объектісінің толық атауы, мекенжайы

(Полное наименование хозяйствующего объекта, адрес)

цех, учаске (цех, участок)

2. Өлшеу мақсаты (Цель измерения) _____

3. Өлшеулер объект өкілінің қатысуымен жүргізілді

(Замеры проводились в присутствии представителя объекта) _____

4. Өлшеу құралдары (Средства измерений)

атауы, түрі, инвентарлық нөмірі (наименование, тип, инвентарный номер)

5. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке)

_____ куәліктің
берілген күні мен нөмірі (дата и номер свидетельства) _____

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

7. Негізгі көздер (Основные источники) _____

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

9. Мөлшері (Объем) _____

10. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование проводилось на соответствие НД) _____

11. Жұмыс орнының сұлбасы (Эскиз рабочих мест)

Кесте/ Таблица № 1

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

Кесте/Таблица № 2

Аэроиондардың полярлығы (Полярность аэроионов)	Аэроиондардың концентрациясы, р, (ион/см ³) Концентрации аэроионов, р, (ион/см ³)											Униполярлы коэффициенті, У (Коэффициент униполярности, У)
	Бірлік өлшеу мәні, р _i (Значения единичного измерения, р _i)									Орташа мәні (Средние значения)		
	1	2	3	4	5	6	7	8	\bar{p}	p _{min}	p _{max}	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
p+												
p-												

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

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

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

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

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в ___ экземплярах)
 Сынама жүргізілген шарттары
 (Условия проведения испытаний): температура _____,
 ылғалдығы (влажность) _____
 Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г
 Парақтар саны (Количество страниц) _____
 Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/
 Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
 испытаниям
 Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/
 Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА
 Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің,
 химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері /
 сынамалары туралы қорытындысы
 (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам
 исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы " " _____
 № _____ бұйрығына
 36-қосымша
 Приложение 36
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

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

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

Діріл деңгейлерін өлшеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ измерения уровней вибрации

№__ от "___" _____ 20__ ж. (г.)

1. Шаруашылық объектісінің толық атауы, мекенжайы
(Полное наименование хозяйствующего объекта, адрес)

цех, учаске (цех, участок)

2. Өлшеу мақсаты (Цель измерения)

3. Өлшеулер объекті өкілінің қатысуымен жүргізілді

(Замеры проводились в присутствии представителя объекта) _____

4. Өлшеу құралдары (Средства измерений)

атауы, түрі, инвентарлық нөмірі (наименование, тип, инвентарный номер)

5. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке)

куәліктің берілген күні мен нөмірі

(дата и номер свидетельства) _____

6. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

7. Жүргізілген өлшеулер мен берілген санитариялық-эпидемиологиялық қорытынды мына Нормативтік құжатқа (НҚ) сай жүргізілді

(Нормативный документ (НД), в соответствии с которой проводились измерения)

8. Негізгі діріл көздері мен олар тудыратын дірілдің сипаты

(Основные источники вибрации и характер создаваемой вибрации)

9. Жұмыс істейтін адамдардың саны

(Количество работающих человек) _____

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

Жұмыс орнының сұлбасы (Эскиз рабочих мест)

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

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

№ пп	Октавалық жолақта дБ-мен ортагеометрлік жиілігі Гц-діріл үдеуінің деңгейі (Уровни виброускорения, дБ, в третьоктавных полосах со среднегеометрическими частотами, Гц)											Ось к д і р і л ү д е й т к і ш т і н тү з е т і л г е н д е н г е й і, д Б (К о р р е к т и р о в а н ы ы у р о в е н ь в и б р о у с к о р е н и я д л я о с и, д Б)	Цикл ға, операцияға д і р і л ү д е й т к і ш т і н тү з е т і л г е н д е н г е й і, д Б (К о р р е к т и р о в а н ы ы у р о в е н ь в и б р о у с к о р е н и я д л я о с и, д Б)	Діріл үдейт к і ш т і н эквивалент т і тү з е т і л г е н д е н г е й і, д Б (Д о п у с т и м ы ы эквивалент н ы ы к о р р е к т и р о в а н ы ы у р о в е н ь в и б р о у с к о р е н и я д л я о с и, д Б)	
	1	2	4	8	16	31,5	63	125	250	500	1000				
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

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

--	--

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

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Сынама жүргізілген шарттары

(Условия проведения испытаний): температура _____, ылғалдығы (влажность) _____

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

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға **ТҮЙІМ САЛЫНҒАН**

(Частичная перепечатка протокола без разрешения **ЗАПРЕЩЕНА**)

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

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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
37-қосымша
Приложение 37
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма

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

Шу, дыбыс деңгейлерінің оқшаулануын өлшеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ измерения уровней шума, звукоизоляции
№ _____ от "___" _____ 20 ж. (г.)

1. Шаруашылық объектісінің толық атауы, мекенжайы
(Полное наименование хозяйствующего объекта, адрес)

цех, учаске (цех, участок)

2. Өлшеу мақсаты (Цель измерения) _____

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

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

5. Тексеру туралы мәліметтер
(Сведения о поверке)

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

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

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

9. Жұмыс істейтін адамдардың саны (Количество работающих человек)

10. Шу көзі және микрофондардың (датчиктер) орнатылған орындары мен олардың бағыты тілдермен көрсетілген үй-жайдың кескіні (аумақтың, жұмыс орнының, қол машинасының). Өлшеу нүктелерінің реттік нөмірлері.

(Эскиз помещения (территории, рабочего места, ручной машины) с нанесением источника шума и указанием стрелками мест установки и ориентации микрофонов (датчиков). Порядковые номера точек замеров).

11. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді.

(Исследование проводилось на соответствие НД)

Өлшеулер нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Кескіні бойынша нүкте нөмірі (Номер точки по эскизу)	Өлшеу орны (жабдықтың маркасы, түрі, құжат деректері көрсетілсін) (Место замера (указать марку, тип, паспортные данные оборудования))	Қосымша мәліметтер (өлшеу шарттары, шудың жұмыс ауысша ішіндегі әсерінің ұзақтығы) (Дополнительные сведения (условия замера, продолжительность воздействия шума в течение рабочей смены))	Шудың сипаты Характер шума					
				Спектр Бойынша По спектру		Уақыт сипаттамалары бойынша По временным характеристикам			
1	2	3	4	Кенқуысты (Широкополостной)	Тонды (Тональный)	Тұрақты (Постоянный)	Толқыма (Колеблущийся)	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	Нормал бойы
--	-------------

(Уровни звукового давления в дБ октавных полосах со среднегеометрическими частотами в Гц)

														LA дыб ы с деңг ейі (рұкс дыб ысты ң бала ма деңг ейі) / LA, дБА дыб ысты ң ең жоға рғы рұкс деңг ейі (Уров ень звука LA (Допу экви вале нтны й уров ень звука LA по)) / (норм Макс имал ьный уров ень звука LA, дБА)	нша LA дыб ысты ң рұкс ат етіле тін деңг ейі / LA, дБА дыб ысы ның ең жоға рғы рұкс ат беріл етін деңг ейі (Допу стим ы й уров ень звука LA норм е) / (Макс имал ьный допу стим ы й уров ень звука LA, дБА)
1	25	26	8	16	31,5	63	125	250	500	1000	2000	4000	8000		
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Октавалық жолақта дБ-мен үштен бірі ортагеометриялық жиілігі Гц-дағы дыбыстық қысымның деңгейлері

(Уровни звукового давления в дБ третьоктавных полосах со среднегеометрическими частотами в Гц)

100	125	160	200	250	320	400	500	630	800	1000	1250	1600	2000	2500	3150
27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42

Продолжение таблицы

Ауа шуын окшаулау индексі R_w -дБ (Индекс изоляции воздушного шума R_w -дБ)		Сокқы шуының келтірілген деңгей индексі L_{pw} -дБ (Индекс изоляции приведенного ударного шума L_{pw} -дБ)	
Өлшеулер (Измеренное)	Нормативті көрсеткіш (Нормативный показатель)	Өлшеулер (Измеренное)	Нормативті көрсеткіш (Нормативный показатель)
43	44	45	46
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О.(при наличии), должность специалиста проводившего исследование)		_____	
Қолы (Подпись)		_____	
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____	
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	_____	
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	_____	

Хаттама __ данада толтырылады

(Протокол составлен в __ экземплярах)

Хаттама берілген күні

(Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20 __ (ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық

заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы

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

—
—
—
—
—

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
38-қосымша
Приложение 38
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 038/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а		Медицинская документация Форма № 038/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

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

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

_____ цех, учаске (цех, участок)

2. Өлшеу мақсаты
(Цель измерения)

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

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

5. Тексеру туралы мәліметтер
(Сведения о поверке)

_____ берілген күні мен куәліктің нөмірі (дата и номер свидетельства)

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

_____ атап өтіңіз (перечислить)

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

				Жұмыс кезеңі кезінде	ЭМӨ кернеулігі Напряженность ЭМП		
					Электрлік құрамы		
		Сәуле көзінен					

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

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

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

Артқы беті

(Разворот)

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

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование проводилось на соответствие НД)

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

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

Хаттама __ данада толтырылады
(Протокол составлен в __ экземплярах)
Хаттама берілген күні
(Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г
Парақтар саны (Количество страниц) _____
Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады
(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)
Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН
(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)
Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы
(Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
39-қосымша
Приложение 39
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды
--	----------------------------

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

Өсімдік шаруашылығы өнімін нитраттардың бар болуына зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ исследования растениеводческой продукции на содержание нитратов
№ _____ от " _____ " _____ 20__ (г.)

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

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

--	--	--	--	--	--

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

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в __ экземплярах)
Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г
Парақтар саны (Количество страниц) _____

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

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

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

(Заклучение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам)

исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
40-қосымша
Приложение 40
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен Бекітілген № 040/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 040/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Ауылшаруашылық өнімдерін, тамақ өнімдерін, суды, топырақты, ауа ортасын пестицидтердің қалдық көлемін анықтауға зерттеу (жоғары технологиялық зерттеу зертханасы, (бұдан әрі –ЖТЗ)) ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования образцов сельскохозяйственной продукции, воды, почвы, воздушной среды на определение остаточных количеств пестицидов (лаборатория Высоко технологической исследований)

№ _____ от " " _____ 20 ж. (г.)

1. Объекті атауы, мекенжайы

(Наименование объекта, адрес) _____

2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____

3. Үлгі атауы (Наименование образца) _____

4. Саны (Количество) _____

5. Зерттеу алу мақсаты (Цель исследования) _____

6. Мөлшері (Объем) _____

7. Топтама саны (Номер партии) _____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

9. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

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

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

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

13. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

14. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____

15. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

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

(Ф.И.О. (при
наличии),
подпись)

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в __ экземплярах)
Сынама жүргізілген шарттары (Условия проведения испытаний): температура ____,
ылғалдығы (влажность) ____

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

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 41-қосымша
Приложение 41
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Санитариялық-эпидемиологиялық
қызметтің мемлекеттік органының
атауы
Наименование государственного
о р г а н а
санитарно-эпидемиологической
службы

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау
министрінің 2021 жылғы "___" ___
№ бұйрығымен
Бекітілген № 041/е нысанды
медициналық құжаттама

Медицинская документация
Форма № 041/у
Утверждена приказом Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от "___" ___
2021 года №

Дезинфекциялайтын заттарды зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ исследования дезинфицирующих средств

№ _____ от "___" _____ 20___ ж.(г.)

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

2. Сынама алынған күні мен уақыты

(Дата и время отбора) _____

3. Жеткізілген күні мен уақыты

(Дата и время доставки) _____

4. Қосымша деректер

(Дополнительные сведения) _____

5. Зерттеу мақсаты

(Цель исследования) _____

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

7. Мөлшері (Объем) _____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)

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

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

_____	_____
_____	_____

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

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Сынама жүргізілген шарттары

(Условия проведения испытаний): температура _____, ылғалдығы (влажность) _____

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

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
42-қосымша
Приложение 42
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ №___ бұйрығымен бекітілген № 042/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 042/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

_____ серологиялық зерттеулер (инфекция түріне)
ПРОТОКОЛ серологических исследований на _____ (вид инфекции)
№___ от "___" _____ 20___ ж. (г.)

1. Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты
(Фамилия, имя, отчество обследуемого)

2. Диагнозы (Диагноз) _____

3. Жасы (Возраст) _____

4. Мекен-жайы (Адрес) _____

5. Үлгіні жіберген мекемелердің атауы
(Название организации направившая образец) _____

6. Сынаманың атауы (наименование пробы) _____

7. Ауырған күні (на день болезни) _____

8. Зерттеу мақсаты (цель исследования) _____

9. Материалды жеткізу күні
(Дата доставки материала) _____

10. Материалдың алынған күні
(Дата забора материала) _____

11. Зерттеу нәтижесі (результат исследования) _____

12. Ескерту (примечание) _____

Зерттеу НҚ-ға сәйкестікке жүргізілді

(Исследование проводилось на соответствие НД)

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

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в __ экземплярах)
Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г.
Парақтар саны (Количество страниц) _____

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

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

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

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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
43-қосымша
Приложение 43
к приказу
Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от " " _____ 2021 года

№ _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 043/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 043/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Санитариялық вирусологияға үлгілерді зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ исследования образцов на санитарную вирусологию

№ _____ от " " _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Сынаманың атауы (наименование пробы)

2. Үлгі алу орны (Место взятия образца) _____

3. Үлгінің алынған күні (Дата отбора) _____

4. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

5. Тасымалдау жағдайы (условия транспортировки)

6. Реакцияның түрі (Вид реакции) _____

7. Үлгіні жіберген мекеменің атауы

(Наименование учреждения направившего образец)

8. Метод исследования _____

9. Зерттеу нәтижесі

(Результат исследования) _____

10. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование проводилось на соответствие НД) _____

--	--	--

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

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в __ экземплярах)
Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г
Парақтар саны (Количество страниц) _____

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

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
44-қосымша
Приложение 44
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 044/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 044/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

_____ үлгілерді зерттеу (инфекция түрі) ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ исследований образцов _____ (вид инфекции)
№ _____ " _____ " _____ 20__ ж. (г.)

1. Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты
(Фамилия, имя, отчество обследуемого) _____
2. Жасы (Возраст) _____
3. Мекен жайы
(Домашний адрес) _____
4. Жұмыс орны (Место работы) _____
5. Үлгіні жіберген мекеменің атауы
(Наименование учреждения направивший образец) _____
6. Диагнозы (Диагноз) _____
7. Зерттелгенде: аңқадан, мұрыннан алынған жағынды, жұлын сұйығы, қан үлгісі,
нәжіс
(при исследовании: мазок из зева, носа, ликвор, проба крови, фекалии, взятые)

- ауыру күнінде (на день болезни)
8. клетка тірі өсіріндісінде алынды (на культуре клеток получен)

9. Бөлінген вирус (выделен вирус):

10. Антигендермен зерттеу жүргізу барысында
(При исследовании с антигенами)

Қарсы денелердің диагностикалық өсуі анықталды
(Диагностический прирост антител обнаружен к)

11. Материалды алу күні

(Дата забора материала) _____

12. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)

Қан үлгісі образец крови	Ауыру күні День болезни	Вирусқа қарсы иденелер титрі Титры антител к вирусу			
1	2	3	4	5	6

Зерттеу НҚ-ға сәйкестікке жүргізілді
(Исследование проводилось на соответствие НД)

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

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в __ экземплярах)
Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г
Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы " " _____
 № _____ бұйрығына
 45-қосымша
 Приложение 45
 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 045/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 045/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Ағаш шикізаты және ағаштан жасалған бұйымдардың радиобелсенділігін зерттеу
ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ исследования радиоактивности древесного сырья и изделий из дерева
 № _____ от " _____ " _____ күні 20 _____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгінің атауы Наименование образца _____
3. Үлгі алу орны(Место отбора образца) _____
4. Үлгінің келіп түсу уақыты (Дата поступления образца) _____
5. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Топтамалар сана (Номер партий) _____

9. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

10. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

11. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором) _____ № _____

12. Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

№ _____ (от) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

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

Өлшеуер нәтижелері

(Результаты измерений)

№	Үлгінің атауы Наименование образца	Үлестік тиімді белсенділікCs -137(Бк/кг) Удельная эффективная активность Cs -137(Бк/кг)	Үлестік тиімді рұқсат етілген белсенділіктің деңгейіCs-137 (Бк/кг) Допустимый уровень удельной эффективной активности Cs -137 (Бк/кг)	Үлестік тиімді белсенділікSr- 90(Бк/кг) Удельная эффективная активность Sr - 90(Бк/кг)	Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Үлестік тиімді рұқсат етілген белсенділіктің деңгейіSr- 90 (Бк/кг) Допустимый уровень удельной эффективной активности Sr - 90 (Бк/кг)
1	2	3	4	5	6	7

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

Қолы, (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы
(орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (
заместитель)

Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама ___ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге

қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы,
подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің,

химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері /
сынамалары туралы қорытындысы

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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
46-қосымша
Приложение 46
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 046/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 046/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Топырақ пен өсімдіктердің радиобелсенділігін зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ исследования радиоактивности почвы и растительности

№ _____ от " " _____ күні 20 _____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес) _____

2. Үлгінің атауы Наименование образца _____
3. Үлгі алу орны(Место отбора образца) _____
4. Үлгінің келіп түсу уақыты (Дата поступления образца) _____
5. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Топтамалар сана (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
- 9.Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором) _____ № _____

10.Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

№ _____ (от) " ____ " _____ 20__ ж.(г.)

11. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

Өлшеу нәтижелері

(Результаты измерений)

№	Үлгінің атауы Наименование образца	Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Точка отбора	Удельная эффективная активность, Бк/кг						
				Суммарная альфа-активность	Суммарная бета-активность	Cs- 137	Ra -226	Th- 232	K-40	Sr - 90
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

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

_____ Қолы (Подпись)

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама 2 данада толтырылады (Протокол составляется в 2-х экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
47-қосымша
Приложение 47
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 047/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 047/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Құрылыс материалдары мен бұйымдарының радиобелсенділігін зерттеу
ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ исследования радиоактивности строительных материалов и изделий

№ _____ от " _____ " _____ күні 20 _____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгінің атауы Наименование образца _____
3. Үлгі алу орны(Место отбора образца) _____
4. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Топтамалар сана (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
10. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
11. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором) _____ № _____

12. Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

№ _____ (от) " _____ " _____ 20 _____ ж.(г.)

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

Өлшеу нәтижелері

(Результаты измерений)

№ п/п	Үлгінің атауы Наименование образца	Үлестік тиімді белсенділік, Бк/кг Удельная эффективная активность, Бк/кг	Үлестік тиімді рұқсат етілген белсенділіктің деңгейі, Бк/кг Допустимый уровень удельной эффективной активности (Бк/кг)	Құрылыс заттарының сыныптары К л а с с строительного материала	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Құрылыс заттарының пайдалану шарттары Условия использования строительных материалов
1	2	3	4	5	6	7

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

_____ Қолы (Подпись)

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при наличии) подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

_____ Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама 2 данада толтырылады (Протокол составляется в 2-х экземплярах)
 Сынау нәтижелері тек қана сынауға жататын үлгілерге қолданылады/
 Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
 испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы " " _____
 № _____ бұйрығына
 48-қосымша
 Приложение 48
 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 048/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а		Медицинская документация Форма № 048/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Тыңайтқыштардың радиобелсенділігін зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ исследования радиоактивности удобрений

№ _____ от "___" _____ күні 20__ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес) _____

2. Үлгінің атауы Наименование образца _____

3. Үлгі алу орны(Место отбора образца) _____

5. Үлгінің уақыты (Время отбора образца) _____

6. Мөлшері (Объем) _____

7. Топтама нөмірі мерзімі (Дата выработки) _____

9. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____

10. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором) _____

№ _____

11. Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

№ _____ (от) "___" _____ 20__ ж.(г.)

12. Үлгілердің (нің) нормативтік құжаттарға (НҚ) сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование образца проводились на соответствие нормативного документа (НД))

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

№ п/п	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Үлестік белсенділік U -238 (Ra 226), Бк/кг (Удельная активность U- 238 (Ra 226), Бк/кг)	Үлестік белсенділік Th-238 Бк/кг (Удельная активность Th -238 Бк/кг)	Радионуклидт тердің үлестік белсенділігіні ң қосындысыны ң мәні Бк/кг(А) (Значение суммы удельной активности радионуклидо в (А), Бк/кг)	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Радионуклидт тердің үлестік белсенділігі рұқсат етілген деңгейі қосындысыны ң Бк/кг (А) Допустимый уровень суммы удельной активности радионуклидо в (А), Бк/кг
1	2	3	4	5	6	7

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

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда),
(Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама ____ данада толтырылады

(Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
49-қосымша
Приложение 49
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Санитариялық-эпидемиологиялық
қызметтің мемлекеттік органының
атауы
Наименование государственного
о р г а н а
санитарно-эпидемиологической
службы

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау
министрінің 2021 жылғы "___" ___
№___ бұйрығымен
бекітілген № 049/е нысанды
медициналық құжаттама

Медицинская документация
Форма № 049/у
Утверждена приказом Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от "___" ___
2021 года №___

Қоршаған орта объектілерінің және өндіріс қалдықтарының радиобелсенділін
зерттеу ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ исследования радиоактивности объектов окружающей среды и отходов
производства

№___ от "___" ___ күні 20___ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгінің атауы Наименование образца _____
3. Үлгі алу орны(Место отбора образца) _____
4. Зерттеу жүргізілген күн (Дата проведения испытания) _____
5. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Топтамалар сана (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором) _____ №___

10. Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

№___ (от) "___" ___ 20___ ж.(г.)

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

Өлшеу нәтижелері

(Результаты измерений)

№	Үлгінің атауы Наименование образца	Сынама алу нүктесі Точка отбора	Радионуклидте рдің тиімді белсенділігі (Бк/ кг) Удельная эффективная активность радионуклидов, Бк/кг	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Үлемтік тиімді руқсат етілген белсенділік деңгейі(Бк/кг) Допустимый уровень удельной эффективной активности (Бк/ кг)
1	2	3	4	5	6

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

Қолы (Подпись _____)

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда),
(Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
50-қосымша
Приложение 50
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 050/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 050/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Судың радиобелсенділігін зерттеу ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ исследование радиоактивности воды

№ _____ "___" _____ күні 20____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Материалдың, бұйымның атауы (Наименование образца) _____
4. Өлшеулер мақсаты (метод исследования) _____
5. Үлгі алынған партияның көлемі (Объем партии, из которой отобран образец) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Топтамалар сана (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Үгілердің саны (Количество образцов) _____
10. Өлшеу құралдары (Средства измерений) _____
- атауы, түрі, зауыттық нөмірі (наименование, тип, заводской номер)
11. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер (Сведения о государственной поверке) _____

берілген күні мен куәліктің нөмірі (дата и номер свидетельства)

12. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование образца проводилось на соответствие НД) _____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

--	--	--	--	--	--

№	Ингредиенттер көрсеткіштерінің атауы Наименование показателей ингредиентов	Өлшем бірлігі Единица измерения	Анықталған мәні Обнаруженное значение	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Рұқсат етілетін құрамы Допустимое содержание
1	3	4	5	6	7

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

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны

Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № бұйрығымен Бекітілген № 051/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 051/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Жұмыс орындарын дозиметриялық бақылау ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ дозиметрического контроля рабочих мест

№ _____ от " " _____ күні 20 _____ ж.(г.)

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

2. Өлшеулер жүргізілетін орын (Место проведения замеров) _____

_____ бөлім, цех, (отдел, цех)

3. Өлшеулер тексерілетін объект өкілінің қатысуымен жүргізілді
(Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого объекта)

4. Өлшеулер мақсаты Цель измерения _____

Пайдалануға енгізу, жөндеу, инвентеризациялау және т.б.

(Ввод в эксплуатацию, ремонт, инвентаризация и д.р.)

5. Өлшеулер әдісі (метод измерения) _____

6. Өлшеу құралдары (Средства измерений), атауы (наименование)

7. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер

(Сведения о государственной поверке)

8. Өлшеу шарттары туралы қосымша деректер
(Дополнительные сведения об условиях измерения)

9. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование образца проводилось на соответствие НД) _____

Өлшеулер нәтижелері (Результаты измерений)

№ п/п	Өлшеулер жүргізілген орын Место проведения измерений	Сәулелену түрлері В и д ы излучения	Өлшеу нүктесі (жоғарғы бетінен ара қашықтық, м; см) Т о ч к а измерения(расстояния от измеряемой поверхности, м; см)	Өлшенген дозасы(мкЗв/ч, част/(см2* мин), Измеренная доза(мкЗв/ч, част/(см2* мин),	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Рұқсат етілетін деңгейі Допустимый уровень
1	2	3	4	5	6	7

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

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда),
(Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны

Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә (болған жағдайда) қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

(Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам)

исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
52-қосымша
Приложение 52
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 052/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 052/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Дозиметриялық бақылау ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ дозиметрического контроля

№ _____ (от) " " _____ 20__ ж.(г.)

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

2. Өлшеулер жүргізілген орын (Место проведения замеров) _____

(бөлім, цех, квартал) (отдел, цех, квартал)

3. Өлшеулер мақсаты (Цель измерения) _____

4. Өлшеулер тексерілетін объект өкілінің қатысуымен жүргізілді
(Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого объекта)

5. Өлшеулер құралдары атауы, түрі, зауыттық нөмірі
(Средства измерений) (наименование, тип, заводской номер)

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

7. Өлшеу шарттары туралы қосымша мәліметтер
(Дополнительные сведения об условиях измерения)

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі Регистрац ионный номер	Өлшеу жүргізілген орын Место проведения измерений	Дозаның өлшенген қуаты(мкЗв/час, н/сек) Измеренная мощность дозы(мкЗв/час, н/сек)		Зерттеу әдістеменің НД-ры НД на метод испытаний	Дозаның рұқсат етілетін қуаты (мкЗв/час, н/сек) Допустимая мощность дозы (мкЗв/час, н/сек)			
		Еденнен жоғары (топырақтан) На высоте от пола (грунта)						
		1,5м	1м		0,1м	1,5м	1м	0,1м
1	2	3	4	5	6	7	8	9

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

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

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда),
(Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны

Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама ___ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
53-қосымша
Приложение 53
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 053/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы	Медицинская документация Форма № 053/у

Наименование государственного
о р г а н а
санитарно-эпидемиологической
службы

Утверждена приказом Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от " ____ " _____
2021 года № ____

Атмосфералық ауаның және жауын-шашынның радиобелсенділігін зерттеу ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ исследований радиоактивности атмосферного воздуха и осадков

№ ____ от " ____ " _____ күні 20 ____ ж.(г.)

1. Объект атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
4. Зерттеу әдісі (метод исследования) _____
5. Сұрып алынған ауаның көлемі/алынған тұнбаны зерттеу
(Объем прокаченного воздуха/осадков взятой на исследование) _____
6. Уақыт (Время) _____
7. Өлшеу құралдары атауы
(Средства измерений) (наименование,) _____
8. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер (Сведения о государственной поверке)

9. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование образца проводилось на соответствие НД) _____

Өлшеу нәтижелері

(Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный Номер	Үлгінің атауы Наименовани е образца	Көрсеткіштер дің атауы Наименовани е показателей	Өлшем бірлігі Единица измерения	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Айқындалған концентрация / Радионуклидт ердің үлестік тиімді белсенділік, Бк/кг Обнаруженна я концентрация / Удельная эффективная активность радионуклидо в, Бк/кг	Рұқсат ететін құрамы Допустимое содержание
1	2	3	4	5	6	7

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование образца проводилось на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда),.

(Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование)

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда),

(Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы
(орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама ____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы " " _____

№ _____ бұйрығына

54-қосымша

Приложение 54

к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от " " _____ 2021 года

№ _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды

		Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ №___ бұйрығымен бекітілген № 054/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 054/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

**Висцеральды және тері лейшманиозына зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ исследований на висцеральный и кожный лейшманиоз
№ _____ от "___" _____ 20___ ж. (г.)**

1. Нұсқаның атауы және саны/Наименование и число образцов _____
2. Сынаманы жіберген мекеменің атау
(Наименование учреждения направившего образец) _____
3. Сынама алынған орын, уақыты, мезгілі/
Место, дата и время отбора _____
4. Сынамаларды зертханаға жеткізу уақыты және шарттары/
Время и условия доставки проб в лабораторию _____
5. Зерттеу мақсаты/Цель исследования _____
6. Тексерілушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
(Ф.И.О. (при наличии) обследуемого) _____
7. Жасы (Возраст) _____
8. Зерттелушінің ЖСН (ИИН обследуемого) _____
9. Мекен жайы (Домашний адрес) _____
10. Жұмыс орны (Место работы) _____
11. Диагнозы (Диагноз) _____
12. Зерттеу әдісі (метод исследования) _____
13. Үлгі алу әдісіне НҚ (НД на метод отбора) _____
14. Зерттеу нәтижелері (Результат исследования) _____
15. Үлгі (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /

(Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Үлгі (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /

(Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

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

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в __ экземплярах)
Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г
Парақтар саны (Количество страниц) _____

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

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
55-қосымша
Приложение 55
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бекітілген № 055/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 055/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года №

Емшек сүтін зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ исследований грудного молока

№ __ (от) " _ " _____ ж.(г.)

1. Тексерілушінің тегі, аты, жөні
(Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого) _____

2. Жасы (возраст) _____

3. Диагнозы (Диагноз) _____

4. Медициналық ұйымы
(Медицинская организация) _____

5. Үлгі алынған күн, уақыт (Дата и время взятия образца)

6. Үлгі жеткізген күн, уақыт
(Дата и время доставки образца) _____

7. Үлгінің мөлшері
(Дата и время доставки образца) _____

8. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

9. Нәтижесі (Результат) _____

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

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в __ экземплярах)

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

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
56-қосымша
Приложение 56
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 056/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 056/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Ашық түрдегі радиобелсенді заттармен жұмыс кезіндегі дозиметриялық және радиометриялық өлшеу ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ дозиметрических и радиометрических измерений при работе с радиоактивными веществами в открытом виде

№ _____ от " " _____ 20__ ж.(г.)

1. Объект атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Өлшеулер жүргізілген орын (Место проведения измерений) _____
3. Өлшеулер мақсаты (Цель измерения) _____
4. Өлшеулер объект өкілінің қатысуымен жүргізілді

(Измерения проведены в присутствии представителя объекта)

5. Өлшеу құралдары (Средства измерений) _____

атауы, түрі, зауыттың нөмірі (наименование, тип, заводской номер)

6. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер

(Сведения о государственной поверке)

берілген күні мен куәліктің нөмірі (дата и номер свидетельства)

7. Көздердің және өлшенетін бақылау н.ктелерінің орналасу схемасы

(Схема расположения источников и контрольных точек измерения)

8. Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры (НД на метод испытаний)

9. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование образца проводилось на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда)

(Ф.И.О (при наличии) специалиста проводившего исследование)

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны

Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама ____ данада толтырылады (Протокол составляется в ____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
57-қосымша
Приложение 57
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 057/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 057/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Рентген кабинетіндегі рентген сәулесін дозиметриялық өлшеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ дозиметрических измерений рентгеновского излучения в рентгеновском
кабинете

№ _____ от " _____ " _____ 20 _____ ж. (г.)

1. Мекеменің атауы (Наименование учреждения) _____

2. Мекен жайы (Адрес) _____ Корпусы (корпус) _____ Қабат (этаж) _____

Бөлме (комната) _____

3. Өлшеулер объект өкілінің қатысуымен жүргізілді

										артында (За стеной В)
										Г кабырғасының артында (За стеной Г)
										Д кабырғасының артында (За стеной Д)

ӨЛШЕМДЕР НӘТИЖЕЛЕРІ (РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗМЕРЕНИЙ)

(Жұмыс жүктемесі кезінде (при рабочей нагрузке) _____ мА·мин/нед.апта)

№№ точ. изм. 1	Өлшеу жүргізілген орынның атауы (Наименование места измерения)	Сәуле бағыты (Направл ение излучен ия)	I изм, мА	Доза қуаты (Мощность дозы)				ДМД, мкЗв/ч	Ескертп е Примеча ние
				МД изм	D изм, мкГр/ч	D прив, мкГр/ч	E, мкЗв/ ч		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Рентген кабинетпен жапсарлас үй-жайлар(Помещения, смежные с процедурной рентгеновского кабинета)									
(Фон)									
1	Кабинеттің үстінде (Над кабинетом)								
2	Кабинеттің астында (Под кабинетом)								
3	А кабырға	Қабырға							
4	сының артында	Стена							
5	З а стеной	Терезе							
	А	Окно							
6	Б кабырға	Есік							
7	сының артында	Дверь							
8	З а стеной Б	Қабырға							
		Стена							
		Терезе							
		Окно							
		Есік							
		Дверь							

28	Аяқ (Ноги)	Тік (Вертик)							
29		Көлденең (Гориз)							
Барлығы (Всего)		Тік (Вертик)	• Есептелген E • Рассчитанные E						
		Көлденең (Гориз)							

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование образца проводилось на соответствие НД) _____
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда).
(Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование)

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда)
(Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны

Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

2021 жылғы " " _____
 № _____ бұйрығына
 58-қосымша
 Приложение 58
 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 058/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 058/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Металды, металдан және метал қалдықтарынан жасалған бұйымдарды
дозиметриялық бақылау ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ дозиметрического контроля металла, изделия из металла и металлолома
№ _____ от _____ 20 _____ ж. (г.)

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

2. Өлшеулер жүргізілетін орын (Место проведения замеров _____
(площадка, цех, квартал, склад)

3. Өлшеулер әдісі (Метод измерения) _____

4. Өлшеулер объект өкілінің қатысуымен жүргізілді
(Измерения проводились в присутствии представителя объекта)

5. Өлшеу құралдары атауы,
(Средства измерений) (наименование) _____

6. Көлемі (Объем) _____

7. Топтамалар нөмірі (Номер партий) _____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

9. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер
(Сведения о государственной поверке)

берілген күні мен куәліктің нөмірі (дата и номер свидетельства)

10. Аймақтың табиғи гамма-аяның ЭМҚ (көрсеткіш) FFF
(МЭД (показатель) естественного гамма-фона местности)

11. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование образца проводилось на соответствие НД) _____

Өлшеу нәтижелері

(Результаты измерений)

№р/н №п/п	Объект атауы Наименование образца	Альфа-бөлшектер ағыны, Бк/см ² х мин П о т о к Альфа-частиц, Бк /см ² х мин		Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний		Бета-бөлшектер ағыны, Бк / см ² хмин Поток Бета-частиц, Бк /см ² х мин		Гамма-сәулеленудің ЭМҚ мкЗв /с М Э Д гамма-излучения, мкЗв/ час	
		Зерттеу нәтижелері Рұқсат етілен деңгейі Результаты измерений	Рұқсат етілен деңгейі Допустимые уровни	Зерттеу нәтижелері Результаты измерений	Рұқсат етілен деңгейі Допустимые уровни	Зерттеу нәтижелері Результаты измерений	Рұқсат етілен деңгейі Допустимые уровни		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование образца проводилось на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование)

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны

Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

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

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
59-қосымша
Приложение 59
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 059/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 059/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Үй-жайлар ауасында радонның және оның ыдырау өнімдерінің құрамын өлшеу
ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ измерений содержания радона и продуктов его распада в воздухе помещений

№ _____ от " _____ " _____ 20 _____ ж.(г.)

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

2. Өлшеу жүргізілген орын (Место проведения измерений) _____

3. Өлшеулер объекті өкілінің қатысуымен жүргізілді
(Измерения проведены в присутствии представителя объекта)

4. Өлшеулер мақсаты (Цель измерения) _____

5. Өлшеу құралдары (Средства измерений) _____
(атауы, түрі, зауыттың нөмірі (наименование, тип, заводской номер)

6. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер
(Сведения о государственной поверке)

(берілген күні мен куәліктің нөмірі (дата и номер свидетельства)

7. Үлгілерді (нің) зерттеулер НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді _____

(Исследование проводилось на соответствие НД)

Өлшеу нәтижелері

(Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Өлшеу жүргізілген орны Место проведения измерений	Радонның өлшенген, теңсалмақты, баламалы көлемді белсенділігі, Бк/м ³ (Измеренная, равновесная, эквивалентная, объемная активность радона, Бк/м ³)	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний)	Бк/м ³ рұқсат етілен шекті концентрациясы (Допустимая концентрация Бк/м ³) Ағынның рұқсат етілен шекті тығыздығы (мБк/ш.м·с) (Допустимая плотность потока (мБк/м ² ·сек)	Желдету жағдайы туралы белгілер (Отметки о состоянии вентиляции)
1	2	3	4	5	6

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

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

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда),

(Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны

Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
60-қосымша
Приложение 60
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Санитариялық-эпидемиологиялық
қызметтің мемлекеттік органының
атауы
Наименование государственного
о р г а н а
санитарно-эпидемиологической
службы

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау
министрінің 2021 жылғы "___" ___
№___ бұйрығымен
бекітілген № 060/е нысанды
медициналық құжаттама

Медицинская документация
Форма № 060/у
Утверждена приказом Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от "___" ___
2021 года №___

Жеке мөлшерлерді өлшеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ измерения индивидуальных доз

№ ___ от "___" _____ күні 20___ ж.(г.)

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

2. Адамдар категориясы (Категория лиц) (А,Б,В) _____

3. Өлшеулер мақсаты (Метод измерения) _____

4. Өлшеу құралдары (Средства измерений) _____

атауы, (наименование,)

5. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер
(Сведения о государственной поверке)

11. Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестікке жүргізілді
(Исследование образца проводилось на соответствие НД) _____

Өлшеулер нәтижелері
(Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Лауазымы Должность	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Дозиметрдің нөмірі Номер дозиметра	мЗв-мен өлшенген доза Измеренная доза в мЗв
1	2	3	4	5	6

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

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

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда)
(Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О.(при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
61-қосымша
Приложение 61
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№ _____ бұйрығымен бекітілген № 061/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 061/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

Микробиологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ микробиологического исследования

№ _____ (от) " ____ " _____ күні 20 ____ ж. (г.)

1. Биологиялық үлгі алынған күн
(Дата взятия биологического образца)

" ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

2. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

3. Талдаудың берілген күні (Дата выдачи анализа)" ____ " ____ 20 ____ ж.(г.)

4. Тексерілушінің тегі, аты, жөні
(Фамилия, имя, отчество обследуемого)

_____ жасы (возраст) _____

5. Диагнозы (Диагноз) _____

6. Медициналық ұйымы (Медицинская организация) _____
бөлімше (отделение) _____

7. Зерттегенде (При исследовании) _____
үлгіні көрсетіңіз (указать образец)

8. Нәтижесі (Результат) _____

9. Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры (НД на метод испытаний)

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

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

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда),
(Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны

Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О.(при наличии), подпись)

Хаттама ____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
62-қосымша
Приложение 62
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№ ___ бұйрығымен Бекітілген № 062/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 062/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ___ " _____ 2021 года № ___

Аймақтың радиобелсенділігін зерттеу ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ исследования радиоактивности зоны

№ _____ от " ___ " _____ күні 20 ____ ж.(г.)

- Объектінің атауы, мекен-жайы
(Наименование объекта, адрес) _____
- Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
- Үлгі алу орны(Место отбора образца) _____
- Үлгілердің алыну уақыты (Время отбора образца) _____
- Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____
- Көлемі (Объем) _____
- Топтамалар нөмірі (Номер партий) _____
- Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
- Зерттеу жүргізілген құрал
(Исследования проводились прибором) _____ № _____
- Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке)
№ _____ (от) " ___ " _____ 20 ____ ж.(г.)
- Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

Өлшеу нәтижелері

(Результаты измерений)

№ п/п	Үлгінің атауы Наименование образца	Радионуклидтердің меншікті белсенділігінің мәні (Ақуіл) Бк/кг Значения удельной активности радионуклидов (Азола) Бк/ кг	Радионуклидтердің меншікті белсенділігінің рұқсат етілген деңгейі (Ақуіл)) Бк/кг Допустимый уровень удельной активности радионуклидов (Азола) Бк/ кг	Күлдің радиациялық қауіптілік сыныптары Класс радиационной опасности золы	Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Күлдің пайдалану шарттары Условия использования золы

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование образца проводилось на соответствие НД) _____
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда),
(Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование)

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда),
(Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны

Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
63-қосымша
Приложение 63
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан

№ п/п	Үлгінің атауы Наименование образца	Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	Өлшем бірлігі Единица измерения	Нақты үлестік тиімді белсенділік Фактическая удельная эффективная активность	Зерттеу әдістеменің НК-ры НД на метод испытаний	Рұқсат ететін құрамы Допустимое содержание
1	2	3	4	5	6	7

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

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда)
(Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны

Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады

(Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
64-қосымша

Приложение 64
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 064/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 064/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Тамақ өнімдерінің радиобелсенділігін зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ исследования радиоактивности пищевых продуктов
 № _____ от " " _____ күні 20 _____ ж.(г.)

1. Объект атауы, мекенжайы
(Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
4. Зерттеу әдісі (методисследования) _____
5. Өлшеу құралдары (Средства измерений) _____
(атауы, (наименование))
6. Көлемі (Объем) _____
7. Топтамалар нөмірі (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер
(Сведения о государственной поверке)

10. Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование образца проводилось на соответствие НД) _____

Өлшеу нәтижелері

(Результаты измерений)

№ п/п	Үлгі атауы Наименование образца	Көрсеткіштер дің атауы Наименование показателей	Өлшем бірлігі Единица измерения	Радионуклитт ердің үлестік тиімді белсенділігі Удельная эффективная активность радионуклидо в	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Рұқсат етілетін құрамы Допустимое содержание
1	2	3	4	5	6	7

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

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда)
(Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны

Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады

(Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы " " _____
 № _____ бұйрығына
 65-қосымша
 Приложение 65
 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Отын-энергетикалық минералды шикізаттың радиобелсенділігін зерттеу
 ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ исследования радиоактивности топливного-энергетического
 минерального сырья

№ _____ от " _____ " _____ күні 20 _____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы
(Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгінің атауы Наименование образца _____
3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____
4. Сынақ жүргізілген күн (Дата проведения испытаний) _____
5. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____ көмірдің күлденуі

(Зольность угля) (%) _____

6. Көлемі (Объем) _____

7. Топтамалар нөмірі (Номер партий) _____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

9. Зерттеу аспаппен жүргізілді (Исследования проводились прибором)
№ _____

10. Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке) № _____
(от) " ____ " _____ 20__ ж.(г.)

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

Өлшеу нәтижелері/(Результаты измерений)

№ п/п	Үлгінің атауы Наименование образца	Радионуклидтердің үлестік белсенділігінің мәнінің қосындысы ММА (Зерттеу көмір) Значения суммы отношений удельной активности радионуклидов к МЗУА (Суголь)	(Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Рұқсат етілетін деңгейі (көмір) Допустимый уровень (Суголь)	Көмірдің радиациялық қауіптілік сыныбы Класс радиационной опасности угля	Көмірді пайдалану шарттары Условия использования угля
1	2	3	4			

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

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
подпись заведующего лабораторией) _____

Мөр орны

Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
66-қосымша
Приложение 66
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 066/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 066/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Адамдарды спектрометриялық өлшеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ спектрометрического измерения человека

№ _____ от " " _____ 20__ ж. (г.)

1. Аты, жөні (Фамилия, имя, отчество (при наличии)) _____

2. Жеке басын куәландыратын құжаттар № _____

(Документы, удостоверяющие личность (куәлік, төлқұжат)

(удостоверение, паспорт)

3. Мекен-жайы (Домашний адрес) _____

4. Жынысы (Пол) _____ Жасы (Возраст) _____ Салмағы (Вес) _____

5. Қосымша мәліметтер _____

(Дополнительные данные)

6. Өлшеу аспаппен жүргізілді _____ № _____

(измерение проводились на приборе):

7. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке) № _____

8. Өлшеу геометриямен жүргізілді _____

(Измерение проводилось в геометрии)

9. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

Өлшеу нәтижелері

(Результаты измерений)

№ п/п	Өлшенетін мүшелердің атауы Наименование измеряемого органа	Үлестік тиімді белсенділік Cs-137Бк/кг Удельная эффективная активность Cs-137Бк/кг	Үлестік тиімді белсенділік Mn- 54Бк/кг Удельная эффективная активность Mn - 54Бк/кг	Үлестік тиімді белсенділік Sr-51Бк/кг Удельная эффективная активность Sr-51 Бк/кг	Үлестік тиімді белсенділік Со-60 Бк/кг Удельная эффективная активность Со-60 Бк/кг	Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Үлестік тиімді белсенділік I-131 Бк/кг Удельная эффективная активность I-131 Бк/кг
1	2	3	4	5	6	7	8

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование)

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны

Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)
 Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады /
 Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
 испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы " " _____
 № _____ бұйрығына
 67-қосымша
 Приложение 67
 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 067/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а		Медицинская документация Форма № 067/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Алынатын ластануды жағындылар әдісімен зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ исследования снимаемого загрязнения методом мазков

№ _____ от "___" _____ 20___ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта,адрес) _____

2. Үлгінің атауы Наименование образца _____

3. Үлгілердің алынғын күні (Дата отбора образца) _____

4. Объекті пйдаланатын ИСК түрі (Вид ИИИ использующих объектом)

5. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____

6. Зерттеу аспаппен жүргізілген (Исследования проводились прибором)

№ _____

7. Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

№ _____ (от) "___" _____ күні 20_ ж.(г.)

8. Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

9. Сәуле көздерінің орналасу сызбасы және бықылау нүктесі
(Схема расположения источников и контрольных точек)

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

№ п/п	Ластанған жердің бақылау орыны Место контроля снимаемого загрязнения	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Анықталған белсенділік, Бк/см ² Обнаруженная активность, Бк/см ²	
			Жиынтық альфа- белсенділік Суммарная альфа-активность	Жиынтық бета- белсенділік Суммарная бета-активность
1	2	3	4	5

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

Қолы (Подпись)

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда)

(Ф.И.О.(при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны

Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
68-қосымша
Приложение 68
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 068/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы
Наименование государственного органа
санитарно-эпидемиологической службы

Медицинская документация
Форма № 068/у
Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

Радионуклидтік терапиядан кейін пациенттердің экспозициялық дозасының қуатын өлшеуді жүргізу ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ проведения измерений мощности экспозиционной дозы пациентов после радионуклидной терапии

№ _____ от "___" _____ 20____ ж.(г.)

1. Аты, жөні, тегі (болған жағдайда)
(Фамилия, имя, отчество (при наличии)) _____

2. Жеке басын куәландыратын құжаттар (Документы, удостоверяющие личность № _____ (куәлік, төлқұжат), (удостоверение, паспорт), кіммен берілген (кем выдан)

_____ керектісін сызу (нужное подчеркнуть)

3. Мекен-жайы (Домашний адрес) _____

4. Қосымша деректор (Дополнительные данные)

5. Тексеру барысында аспапта өлшеу жүргізілді (измерение проводилось на приборе):

№ _____

6. Тексеруі туралы куәлік (Свидетельство о поверке) № _____

7. Өлшеу әртүрлі жақтан және әртүрлі деңгейде тұрған пациентке 1 м аралықта жүргізілді

(Измерения проводились на расстоянии 1 м от стоящего пациента с разных сторон и на разных уровнях):

8. Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры (НД на метод испытаний)

Органның атауы Наименование органа	Өлшенген ЭДҚ (мкЗв/ч) Измеренная МЭД (мкЗв/ч)	Рұқсат етілетін ЭДҚ (мкЗв/ч) Допустимая МЭД (мкЗв/ч)	Органның атауы Наименование органа	Өлшенген ЭДҚ (мкЗв/ч) Измеренная МЭД (мкЗв/ч)	Рұқсат етілетін ЭДҚ (мкЗв/ч) Допустимая МЭД (мкЗв/ч)
Алдынан (Спереди)			Оң жақтан (С правого бока)		
Қалқанша без (Щитовидная железа)			Қалқанша без (Щитовидная железа)		
Кеуде (Грудь)			Кеуде (Грудь)		
Асқазан (Желудок)			Асқазан (Желудок)		

Жыныс мүшелері (Половые органы)			Жыныс мүшелері (Половые органы)		
Артынан			Сол жақтан		
Қалқанша без (Щитовидная железа)			Қалқанша без (Щитовидная железа)		
Кеуде (Грудь)			Кеуде (Грудь)		
Асқазан (Желудок)			Асқазан (Желудок)		
Жыныс мүшелері (Половые органы)			Жыныс мүшелері (Половые органы)		

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

Қолы (Подпись)

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда)
(Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны

Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама ___ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
69-қосымша
Приложение 69
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 069/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 069/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Дайын тағамдар мен жартылай фабрикаттарды зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ исследования готовых блюд и полуфабрикатов

№ _____ от " _____ " _____ 20 _____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Тағамның, жартылай фабрикаттың атауы (Наименование блюда, полуфабриката) _____
3. Іріктелген күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
4. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
5. Мөлшері (Объем) _____
6. Топтамалар саны (Номер партий) _____
7. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

8. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

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

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

11. Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____

12. Үлгі (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование проб проводилось на соответствие НД)

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

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда)
(Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
70-қосымша

Приложение 70
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 070/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 070/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Елді мекендердің атмосфералық ауасының сынамасын іріктеу және зерттеу
ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ отбора и исследования проб атмосферного воздуха населенных мест
№ _____ от " " _____ 20__ ж. (г.)

1. Ауа үлгісін алған орын (Место отбора образца воздуха) _____
2. Үлгінің түрі (бір жолғы, тәуліктік орташа)
(Вид образца (разовая, среднесуточная)) _____
3. НҚ-ға сәйкес алынған үлгі (НД, в соответствии с которой произведен отбор
образца) _____
4. Сынамалардың іріктелген күні мен уақыты (Дата и время отбора проб)

5. Сынамалардың жеткізілу күні мен уақыты (Дата и время доставки проб)

6. Үлгілерді алуда қолданылған өлшем құралы
(Средства измерений, применяемые при отборе образца)

7. Сәйкестігі туралы мәлімет (Сведения о поверке)

8. Өңірдің сипаттамасы (Характеристика местности):

рельефі

(рельеф) _____

жасыл желектер

(зеленый массив) _____

оның биіктігі (его высота) _____

ластану көзінен ара қашықтығы (расстояние от источника загрязнения)

9. Жақын орналасқан нысандар (Близлежащие объекты)

10. Үлгіні алған адамның лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты

(Должность, фамилия, имя, отчество лица производившего отбор образца)

қолы (подпись) _____

11. Аудан өкілінің атқаратын қызметі, тегі, аты, әкесінің аты

(Занимаемая должность представителя района, фамилия, имя, отчество) _____

қолы (подпись) _____

Нөмірлері Номера		Үлгіле рді алған орын Точка отбор а образ цов	Зертте у әдісте менің НК-р ы НД на метод испыт аний	Метеорологиялық факторлар Метеорологические факторы					Жел Ветер		Алу уакыты (сағ.,мин) Время отбора (час, мин)		Аспир ация жылда мдығы, л/ минут пен Скоро сть аспир ации, в л/ мин
Сүзгі штерд ің, жұтқы штард ың Фильт ров, погло тителе й	Кескін і бойын ша алу нүкте леріні ң Точек отбор а по эскизу			Атмос ферал ы к қысы м, мм. сын. бағ. Атмос ферно е давле ние мм. рт . ст.	А у а температурас ы Со Температурав оздуха	Салыс тырма лы ылғал дылығы ы Относ итель ная влажн ость	Құрға к Сухог о	Ылғал ды Влажн ого	Бағыт ы Напра влени е	Жылд амдығы м/ сек. Скоро сть	Ауа райын ы ң жағда йы Состо яние погод ы	Бастал уы Начал о	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Жұтқыштар мен сүзгіштердің нөмірі атмосфералық ауаны зерттеу нәтижелерін тіркеу журналынан көшіріп жазылады (Номера поглотителей и фильтров переписываются из журнала регистрации результатов исследования атмосферного воздуха).

Өлшем бірліктері, қанықтығын зерттеу нәтижесі Единицы измерения, результат исследования концентрации	Сәйкестігім ензерттеуөт кізілгеннор мативтіккү жаттама
Ең жоғары бір жолғы Максимально-разовая	Тәуліктік орташа Среднесуточная

Анықталатын заттың, ингредиенттің атауы Наименование определяемого вещества, ингредиента	Анықталған Обнаруженная мг/м3	РЕШШ ПДК	Анықталған Обнаружен ная мг/м3	РЕШШ ПДК	Нормативна я документац ия в соответстви и с которой проводилис ь исследован ия
14	15	16	17	18	19
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)					
Қолы (Подпись)					
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)					
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы				
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)				

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в ___ экземплярах)
 Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/
 Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
 испытаниям
 Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға **ТҮЙІМ САЛЫНҒАН/**
 Частичная перепечатка протокола без разрешения **ЗАПРЕЩЕНА**
 Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің,
 химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері /
 сынамалары туралы қорытындысы
 (Заклучение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам
 исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):

2021 жылғы " " _____
 № _____ бұйрығына
 71-қосымша
 Приложение 71
 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 071/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 071/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Жабық үй-жайлардың және жұмыс аймағының ауасынан сынаманы іріктеу және зерттеу ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ отбора и исследования проб воздуха закрытых помещений и рабочей зоны № _____ от " " _____ 20_____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес)
2. Ауа үлгілерін алу орны (Место отбора проб воздуха (цех, учаске, бөлімше, үй-жай, ғимарат класс және басқалар) (цех, участок, отд., помещение, здание, комната, класс и другие)
3. Соған сәйкес сынама жүргізілген НҚ (НД,согласно которой произведен отбор)
4. Іріктелген күні және уақыты (Дата и время отбора)
5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)
6. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)
7. Сақтау жағдайы (Условия хранения)
8. Сынамаларды алу кезінде қолданылатын өлшеу аспаптары (Средства измерений, применяемые при отборе проб)

9. Тексеру туралы деректер (Сведения о поверке)
10. Үй-жайдың сипаттамасы (Характеристика помещения)
11. Жұмыс істейтін адамдар саны (Количество работающих человек)
12. Ластанудың негізгі көздері (Основные источники загрязнения)
13. Ауаның ластану көздері мен ауа сынамаларын алған жерлерді (алу нүктелерінің реттік нөмірі) көрсетуімен үй-жайдың (аумақтың, алаңның, жұмыс орнының және басқалардың) эскизі (Эскиз помещения (территории, площадки, рабочего места и другие) с указанием источника загрязнения и точек отбора проб воздуха (порядковые номера точек отбора))
14. Ауа сынамысын алуға қатысқан тексерілетін объект өкілінің лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (Должность, фамилия, имя, отчество представителя обследуемого объекта, присутствующего при отборе воздуха) қолы (подпись)
15. Технологиялық үрдістің сипаттамасы (Характеристика технологического процесса): Жұмыс істейтін құрал-жабдықтардың пайызы (Процент работающего оборудования)
16. Режимі (Режим) қолмен орындалатын операциялар (наличие ручных операций)
17. Ауа үлгісін алған адамның лауазымы Т.А.Ә (болған жағдайда) (Должность, Ф.И.О (при наличии), проводившего отбор воздуха)
- _____ қолы (подпись)

18. Өлшеу нәтижелері (Результаты измерения)

Нөмірлері Номера		Зерттеу әдістері менің НҚ-ры НД на метод испытаний	Үлгілерді алған орын Точка отбора образцов	Метеорологиялық факторлар Метеорологические факторы				
Сүзгіштердің, жұтқыштардың Филтров, поглотителей	Эскиз 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	Ауаның жылдамдығы Скорость движения воздуха
					Құрғақ Сухого	Ылғалды Влажного		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ара қашықтық м, см Расстояние в м, см			Алу уақыты (сағ.,мин) Время отбора (час,мин)					
Еденнен От пола	Ластану көзінен От источника загрязнения		Басталуы Начало	Аяқталуы Конец		Аспирация жылдамдығы, л/минутпен Скорость аспирации, л/мин		
9	10		11	12		13		

Сорғыштар мен сүзгілердің нөмірлері осы үлгінің (№__) артқы бетіне сай жүргізілетін жабық үй-жайлардың ауасын зерттеу нәтижелерін тіркейтін журналдан көшіріліп жазылады.

Номера поглотителей и фильтров переписываются из журнала регистрации результатов исследования воздуха закрытых помещений, который ведется в соответствии с разворотом данной формы.

Анықталатын заттың, ингредиентті атауы Наименование определяемого вещества, ингредиента	Зерттеу нәтижелері, мг/м ³ Результаты исследования в мг/м ³		Зерттеу әдістемесі Методика исследования
	Ең жоғары – бір реттік Максимально-разовая		
	Анықталған қанықтық Обнаруженная концентрация	РЕШШ, ЗҚДА және басқалар ПДК, ОБУВ и другие	
14	15	16	17

Үлгі (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді / (Исследование проб проводилось на соответствие НД) _____

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

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в __ экземплярах)
 Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/
 Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям
 Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/
 Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА
 Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы
 (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам

исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):

—

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
72-қосымша
Приложение 72
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ _____ № _____ бұйрығымен Бекітілген № 072/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 072/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Жарықты өлшеу ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ измерений освещенности

№ _____ от " " 20____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы

(Наименование объекта, адрес) _____

цех, учаске, сынып, бөлме, мекен-жайы (цех, участок, класс, комната)

2. Өлшеулер мақсаты (Цель измерения)

3. Өлшеулер тексерілетін объект өкілінің қатысуымен жүргізілді
(Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого объекта)

4. Фотоэлектрлік люкметр типі
(Фотоэлектрический люкметр типа) (мүкаммал) (инвентарный)

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

6. Өлшеулер жүргізуге және қорытынды беруге негіз болған НҚ
(НД, в соответствии которой проводились измерения) атап өтіңіз (перечислить)

7. Жабдықтардың, шамдардың орналасуы, жарық беретін құрылғылардың орналасуы
(терезе, жарық беретін шамдар) көрсетілген және өлшеу нүктелері енгізілген
үй-жайдың кескіні
(Эскиз помещения с указанием расстановки оборудования, размещения светильников,
расположения светонесущих конструкций (окон, световых фонарей) и нанесением
точек замеров)

8. Жасанды жарық өлшеу нәтижелері
(Результаты измерения искусственной освещенности)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Эскиз бойынша нүктенің нөмірі Номер точки по эскизу	Өлшеу орны Место измерения	Жұмыс разряды кіші разряд Разряд работы Под разряд	Жарықтандыру жүйесі жалпы, жергілікті, аралас Система освещения общее, местное, комбинированное	Шамның түрі, типі және маркасы Вид, тип и марка ламп	Өлшенген жарықтандыру люкспен Освещенность в люксах	Нормала р бойынша рұқсат етілген Допустимая по нормам, лк	
1	2	3	4	5	6	7	8	
Тіркеу				Бөлме ішіндегі табиғи жарық Естественная освещенность внутри помещения	Жоғары жарықта ну кезінде При верхнем	Бүйірінен жарық түсіру кезінде	Құрастырылған жарықтану кезінде	ТЖК орт

нөмірі Регистрация ионный номер	Кескін бойынша нүкте нөмірі Номер точки по эскизу	Өлшеу орны Местоположения	Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Жұмыс разряды Разряд, подразряд работы	Тәулікті өлшеу жүргізілген уақыты Время проведения замеров	освещен ии		При боковом освещении		комбинирова н н о м освещении		Сыртқы жарық Наружная освещенность	аша мән і КЕ О сре дне значе ние
						ТЖ К өлшеу ен ке О изм е ренн е	Норма бойынша рұқсат етілген Допустимая норма	ТЖ К өлшеу ен ке О изм е ренн е	Норма бойынша рұқсат етілген Допустимая норма	ТЖ К өлшеу ен ке О изм е ренн е	Норма бойынша рұқсат етілген Допустимая норма		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование образца проводилось на соответствие НД) _____

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

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в __ экземплярах)
 Сынау нәтижелері тек қана сынауға жататын үлгілерге қолданылады/
 Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
 испытаниям
 Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға **ТҮЙЫМ САЛЫНҒАН/**
 Частичная перепечатка протокола без разрешения **ЗАПРЕЩЕНА**
 Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің,
 химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері /
 сынамалары туралы қорытындысы
 (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам
 исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы " " _____
 № _____ бұйрығына
 73-қосымша
 Приложение 73
 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен Бекітілген № 073/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 073/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Метеорологиялық факторларды өлшеу ХАТТАМАСЫ
 ПРОТОКОЛ измерений метеорологических факторов

№ _____ от " " _____ 20_____ ж.(г.)

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

1. Өлшеу жүргізу орны (Место проведения измерений) _____
 (цех, учаске, бөлімше, ғимарат және басқалары(цех, участок, отделение, здание и
 другое)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Кескін бойынша нүктелердің № № точек по эскизу	Өлшеу орны Место измерения	Ауырлық бойынша жұмыс санаты Категория работ по тяжести	Зерттеу әдістемесінің НК-ры НД на метод испытаний	Тәуліктің өлшеу жүргізілген уақыты Время суток проведения измерений	өлшенген измеренная	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	10
Ауаның қозғалыс жылдамдығы Скорость движения воздуха не более м/с			Жылу шығару Тепловое излучение						Ескертуге Примечание
Өлшенген Измеренная	Нормалар бойынша оңтайлы/ рұқсат етілген оптимальная/ допустимая по нормам	Жылу шығару көзінің атауы Наименование источника излучения	Жылу көзінен арақашықтық, сантиметрмен Расстояние от источника в см	Актинометр көрсеткіші Вт/м ² Показание актинометра Вт/м ²	Нормалар бойынша рұқсат етілген кВт/м ² Допустимое по нормам кВт/м ²				
11	12	13	14	15	16	17			

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в __ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

2021 жылғы " " _____
 № _____ бұйрығына
 74-қосымша
 Приложение 74
 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 074/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 074/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Орталықтандырылған және орталықтандырылмаған сумен жабдықтаудың ауыз су үлгілерін зерттеу ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ исследования образцов питьевой воды централизованного и нецентрализованного водоснабжения

№ _____ от " " _____ күні 20 _____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____
4. Іріктелген күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Топтама сана (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
10. Үлгі алу әдісіне НҚ (НД на метод отбора) _____

11. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

12. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____

13. Су үлгілерін консервациялау әдістері (Методы консервации образца воды)

14. Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры (НД на метод испытаний)

Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	Анықталған концентрация Обнаруженная концентрация	Нормативтік көрсеткіштер Нормативные показатели	Қолданыстағы нормативтік құқықтық актілердің (бұдан әрі – НҚА) атауы Наименование действующих нормативных правовых актов (далее - НПА)
Иісі (запах) 20оС кезіндегі баллдары(балы при 20оС)			
Иісі (запах) 60оС кезіндегі баллдары (балы при 60оС)			
Дәмі (привкус)20оС кезіндегі баллдары (балы при 20оС)			
Түстілігі (цветность) градустар (градусы)			
Лайлылығы(мутность) стандарттық шкала бойынша мг/дм3 (по стандартной шкале)			
рН			
Қалдық хлор (остаточный хлор) мг/дмм			
Еркін хлор (Свободный хлор) мг/дм3			
Байланыстағы хлор (Связанный хлор) мг/дм3			
Қалдық озон (Остаточный озон) мг/дм3			
Тотығуы (Окисляемость) мгО2/дм3			
Аммиак азоты (Азот аммиака) мг/дм3			
Нитриттер азоты (Азот нитритов) мг/дм3			
Нитраттар азоты (Азот нитратов) мг/дм3			

Жалпы кермектік (Общая жесткость) моль/дм ³			
Құрғақ қалдық (Сухой остаток) мг/дм ³			
Хлоридтер (Хлориды) мг/дм ³			
Сульфаттар (Сульфаты) мг/дм ³			
Темір (Железо) мг/дм ³			
Мыс (Медь) мг/дм ³			
Кадмий мг/дм ³			
Мырыш (Цинк) мг/дм ³			
Қорғасын (Свинец) мг/дм ³			
Күшән (Мышьяк) мг/дм ³			
Ртуть (Сынап) мг/дм ³			
Фтор мг/дм ³			
Молибден мг/дм ³			
Бериллий (Be 2+) мг/дм ³			
Қалдық алюминий мг/дм ³ (Остаточный алюминий)			
Марганец мг/дм ³			
Полифосфаттар (Полифосфаты) мг/дм ³			
Бор (В) мг/дм ³			
Селен (Se) мг/дм ³			
Хром (Cr 6+)			
Хром (Cr 3+)			
Никель (Ni) мг/дм ³			
Мұнай өнімдері/ Нефтепродукты, мг/дм ³			
Полиакриламид мг/дм ³			
Жергілікті жағдайға тән арнаулы заттар (Специфические вещества, характерные для местных условий) мг/дм ³			

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /
(Исследование проб проводились на соответствие НД) _____
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
специалиста проводившего исследование)

Қолы (Подпись) _____
Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны

Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама ____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
75-қосымша
Приложение 75
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

		Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № ___ бұйрығымен бекітілген № 075/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 075/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № ___

Жер үсті су объектісінің және ағынды су үлгілерін зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ исследования образцов поверхностных водных объектов и сточных вод
№ _____ от "___" _____ күні 20 ____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
3. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
4. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____
5. Іріктелген күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Топтама сана (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
10. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
11. Іріктеу әдісіне НҚ (НД на метод отбора) _____
12. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____
13. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____
14. Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____

Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	Анықталған концентрация Обнаруженная концентрация	Нормативтік көрсеткіштер Нормативные показатели	Тексеру әдісіне қолданылған НҚ НД на методы исследования
Иісі Запах	Қарқындылығы, баллмен Интенсивность в баллах		
	Сипаты (суреттеледі) Характер (описать)		

	Жоғалу шегі (еселегенде) Порог исчезновения (в разведении)			
Түстілігі, градуспен Цветность в градусах				
Түсі (суреттеу) Цвет (описать)				
Түсінің жоғалу шегі (еселегенде) Порог исчезновения цвета (в разведении)				
Лай, тұнба (суреттеу) Муть, осадок (описать)				
Мөддірлігі прозрачность				
Жүзіп жүрген қоспалар, қабыршақ Плавающие примеси, пленка мг/дм ³				
Өлшенген заттар, мг/дм ³ Взвешанные вещества				
pH				
Ерітілген оттегі мгО ₂ /дм ³ Растворенный кислород				
БПК-5, мгО ₂ / дм ³				
БПК-20, мгО ₂ / дм ³				
Тотығуы мгО ₂ / дм ³ Окисляемость				
ХПК, мгО ₂ / дм ³				
Сілтілігі мг-экв/дм ³ Щелочность				
Қышқылдығы мг-экв/дм ³ Кислотность				
Жалпы кермектігі моль/дм ³ Жесткость общая				
Құрғақ қалдық мг/дм ³ Сухой остаток				
Кальций мг/дм ³				
Магний мг/дм ³				
Жалпы темір мг/дм ³ Железо общее				
Хлоридтер мг/дм ³ Хлориды				
Сульфаттар мг/дм ³ Сульфаты				
	Аммиактың мг/дм ³ Аммиака			

Азот	Нитриттердің мг/ дм3 Нитритов			
	Нитраттардың мг/ дм3 Нитратов			
Фтор мг/дм3				
Мұнай өнімдері мг/дм3 Нефтепродукты				
Фенолдар мг/дм3 Фенолы				
Цианидтер мг/дм3 Цианиды				
Мыс мг/дм3 Медь				
Қорғасын мг/дм3 Свинец				
Мырыш мг/дм3 Цинк				
Үш валентті хром мг/дм3 Хром трехвалентный				
Алты валентті хром мг/дм3 Хром шестивалентный				
Сынап, мг/дм3 Ртуть				
Кадмий мг/дм3				
Марганец мг/дм3				
СБАЗ мг/дм3 СПАВ				
Табиғи уран Уран естественный				
Табиғи торий Торий естественный				
Радий 226				
Қорғасын 210 Свинец				
Стронций 90				
Цезий 137				
Басқа заттар Другие вещества				

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /
(Исследование проб проводились на соответствие НД) _____
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О., (при наличии),
специалиста проводившего исследование) _____
Қолы (Подпись) _____
Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
подпись заведующего лабораторией) _____
Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы
(орынбасары)
Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической

экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

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

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
76-қосымша
Приложение 76
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 076/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы
Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы

Медицинская документация
Форма № 076/у
Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Тағам өнімдері үлгілерін зерттеу (антибиотиктердің қалдық мөлшері, гормондар, b- адреностимуляторлар, микробты транслугтаминаза, құрғақ сүттің массалық үлесі)
ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ исследования образцов пищевых продуктов
(остаточное количество антибиотиков, гормоны, b- адреностимуляторы, микробная транслугтаминаза, массовая концентрация сухого молока)

№ _____ (от) "___" _____ 20__ ж. (г.)

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

Зерттеу нәтижелері: (Результаты исследования)

1	2	3	4	5	6
Тағам өнімдеріндегі анықталынатын көрсеткіш атауы (антибиотиктердің, гормондардың және т.б. атауы бойынша тізбесі) Наименование определяемого показателя в продуктах питания (перечень антибиотиков, гормонов и т.д. по названию)	Группа показателей (антибиотик и, гормоны, b - адреностимуляторы и т.д)	Анықтауға қолданылған әдіс Метод использованный для определения	Анықталған шоғырлану Обнаружена концентрация	Нормативтік көрсеткіште р Нормативные показатели	Зерттеу әдістеріне қолданылған НҚ НД на методы исследования
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии),					

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

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в __ экземплярах)
Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г
Парақтар саны (Количество страниц) _____

Зертхана нәтижелердің пайымдауын жүргізбейді/

Лаборатория не проводит интерпритации результатов

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

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы " " _____

№ _____ бұйрығына

77-қосымша

Приложение 77

к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от " " _____ 2021 года

№ _____

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ №___ бұйрығымен бекітілген № 077/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 077/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" ___ 2021 года №___

Бунақаяқтыларды энтомологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ энтомологического исследования членистоногих
№ ___ от "___" _____ 20___ ж. (г.)

1. Өтініш білдірген адамның тегі, аты, әкесінің аты
(Фамилия, имя, отчество обратившегося лица)

2. Жасы (Возраст) _____ Мекен-жайы (Адрес) _____

3. Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымының атауы
(Место работы, учебы, наименование детской организации)

4. Болжанған орынды айқындау (Предполагаемое место обнаружения)

5. Бунақ аяқты түрі, жынысы
(Видовая принадлежность членистоного, пол) _____

6. Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____

7. Үлгі (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование проб проводилось на соответствие НД) _____

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

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны

Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
78-қосымша
Приложение 78
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Санитариялық-эпидемиологиялық
қызметтің мемлекеттік органының
атауы
Наименование государственного
о р г а н а
санитарно-эпидемиологической
службы

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау
министрінің 2021 жылғы "___" ___

№___ бұйрығымен бекітілген №
078/е нысанды медициналық
құжаттама

Медицинская документация
Форма № 078/у
Утверждена приказом Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от "___" ___
2021 года №___

Шайындыларды паразитологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ паразитологического исследования смывов

№___ от "___" _____ күні 20___ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
 2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
 3. Үлгілер алу мақсаты (Цель исследования образца) _____
 4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
 5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
 6. Мөлшері (Объем) _____
 7. Топтама сана (Номер партий) _____
 8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
 9. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
 10. Іріктеу әдісіне НҚ (НД на метод отбора) _____
 11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____
- Өлшеулер нәтижелері (Результаты измерений)

Үлгілер нөмірі Номер проб	Үлгі алынған орын және нүктелер Место и точки отбора	Нәтиже Результат	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Ескерту Примечание
1	2	3	4	5

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /
(Исследование проб проводились на соответствие НД) _____
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда),
(Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование)

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда)
(Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны

Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
79-қосымша
Приложение 79
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№ ___ бұйрығымен бекітілген № 079/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 079/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ___ " _____ 2021 года № ___

**Анус айналасының қатпарынан қырындыны зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ** исследования соскоба с перианальных складок

№ _____ от " _____ " _____ күні 20 ____ ж.(г.)

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

2. Сынама алынған орын (Место взятия пробы) _____

3. Іріктеу уақыты (Время отбора) _____
жеткізілу уақыты (доставки)

4. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

5. Іріктеу әдісіне НҚ (НД на метод отбора), _____

6. Көлемі (Объем) _____

7. Топтамалар нөмірі (Номер партий) _____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

9. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Тіркеу нөмірі Регистрационны й номер	Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О (при наличии)	Туған жылы Год рождения	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Ескертуге Примечание
1	2	3	4	5	6

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /
(Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

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

Қолы (Подпись)

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда)
(Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны

Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
80-қосымша
Приложение 80
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№ _____ бұйрығымен бекітілген № 080/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 080/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

Нәжісті, анус айналасының қатпарынан қырындыларды паразитологиялық зерттеу
ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ паразитологического исследования фекалий, соскобов с перианальных складок

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Тексерілушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда),
(Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого)

2. Жасы (Возраст) _____ Мекен-жайы (Адрес) _____

3. Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымының атауы
(Место работы, учебы, наименование детской организации)

4. Зерттеу алғашқы, қайталап, қорытынды
(Исследование первичное, повторное, контрольное)

5. Зерттеу кезінде анықталды:
(при исследовании обнаружены):

гельминт жұмыртқалары (яйца гельминтов)

6. Көлемін (Объем) _____

7. Топтамалар нөмірі (Номер партий) _____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

9. Қарапайымдар, вегетативті цисталар
(Простейшие, вегетативные цисты)

10. Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____

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

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

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда)
(Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны

Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама ____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
81-қосымша
Приложение 81
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды

		Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ №___ бұйрығымен бекітілген № 081/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 081/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Қанды безгекке зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ исследования крови на малярию
№ _____ от "___" _____ 20__ ж. (г.)

1. Қан препараттарын паразитологиялық зерттеу
(паразитологическое исследование препаратов крови):
оның ішінде (в том числе) "жұқа жағындылар" ("тонких мазков")

"қалың тамшылар" ("толстых капель") _____

2. Тексерілушінің Т.А.Ә. (болған жағдайда)
(Ф.И.О. (при наличии) обследуемого) _____

3. Жасы (Возраст) _____
Тұрғылықты мекен-жайы (Адрес места жительства) _____

4. Безгек ауруының қоздырғыштары анықталды
(Обнаружены возбудители малярии)

паразиттің қысқартылған туыстастық және толық түр атауын көрсетіңіз
(мысалы: P.vivax)
(указать сокращенное родовое и полное видовое название паразита (н-р: P.vivax))

5. Паразитемияның қарқындылығы (Интенсивность паразитемии) _____

6. Мөлшері (Объем) _____

7. Топтама сана (Номер партий) _____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

9. Зерттеу әдістемесінің НҚ-ы (НД на метод испытаний) _____

10. Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование проб проводились на соответствие НД)

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

Қолы (Подпись) _____
Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда)
(Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)
Мөр орны
Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати
Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)
Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)
Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты
исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям
Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная
перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА
Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің,
химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері /
сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или
врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических
веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
82-қосымша
Приложение 82
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		№__ бұйрығымен бекітілген № 082/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 082/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__

Паразиттік ауруларға серологиялық зерттеулер ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ серологических исследований на паразитарные заболевания
 № _____ от "___" _____ 20__ ж. (г.)

1. Тексерілушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
 (Фамилия, имя, отчество (при наличии), обследуемого)

2. Диагнозы (Диагноз)

-ға қанның, нәжістің, тағы басқалардың үлгілерін зерттегенде
 (При исследовании образцов крови, фекалий и других на)

және (и) _____

3. Ауру күні (день болезни в) _____ анықталды
 (обнаружено)

4. Реакцияның түрі (вид реакции) _____

5. Антиденелер (антитела) _____

6. Мөлшері (Объем) _____

7. Топтама сана (Номер партий) _____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

9. Антигендер (антигены) _____

10. Зерттеу нәтижелері (Результат исследования)

11. Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры (НД на метод испытаний)

12. Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование проб проводились на соответствие НД)

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

Қолы (Подпись)

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда)
(Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны

Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
83-қосымша
Приложение 83
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан

от " " _____ 2021 года

№ _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 083/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 083/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Санитариялық-паразитологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ санитарно-паразитологического исследования

№ _____ от " " _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Заявитель (Мәлімдеуші) _____
2. Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)

3. Үлгінің атауы мен саны (Наименование и число образцов)

4. Ыдысы, орауы, маркалануы (тара, упаковка, маркировка)

5. Дайындалған күні (Дата изготовления) _____
6. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
7. Мөлшері (Объем) _____
8. Топтама нөмірі (Номер партий) _____
9. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
10. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
11. Үлгі алу орны, ұсынушы (Место отбора образца, предъявитель)

12. Үлгінің келіп түскен күні _____

(Дата поступления образца) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

13. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

14. Нормативтік құжаттарға сәйкестігіне
(На соответствие нормативной документации)

15. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)

16. Нәтижелер берілген күн (Дата выдачи результатов) " __ " __ 20__ ж

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /

17. Зерттеу әдістемесінің НҚ-ы (НД на метод испытаний) _____

18. Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

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

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны

Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы " " _____
 № _____ бұйрығына
 84-қосымша
 Приложение 84
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 084/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 084/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Топырақ үлгілерін зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ исследования образцов почвы
 № _____ (от) " _____ " _____ күні 20__ ж. (г.)

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

2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Сынамалар алу мақсаты (Цель исследования образца) _____
4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____

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

7. Үлгі алу әдісіне НҚ (НД на метод отбора) _____

8. Тасымалдау жағдайлары (Условия транспортировки) _____

9. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____

Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	Өлшеу бірлігі Единица измерения	Н Қ бойынша Норма по НД	Н Қ норма НД на метод испытаний	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу әдісіне НҚ НД на метод испытания
1	2	3	4	5	6	

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /
(Исследование проб проводилось на соответствие НД) _____
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
специалиста проводившего исследование)

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы
(орынбасары) _____

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической
экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

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

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

№ _____ бұйрығына
 85-қосымша
 Приложение 85
 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 085/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 085/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Дайын тағамдарды, рациондарды құнарлығына зерттеу ХАТТАМАСЫ
 ПРОТОКОЛ исследования готовых блюд, рационов на калорийность
 № _____ (от) " " _____ 20 ж. (г.)

Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес)

Тағамның, жартылай фабрикаттың атауы (Наименование блюда, полуфабриката)

Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____

Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____

Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____

Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

		Үлестің салмағы граммен	Салмағы граммен (г)
		Вес порции в граммах	Вес в граммах (г)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тағамдардың атауы Наименование блюд	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Рецепт бойынша Порецптуре	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
Химиялық құрамы, өлшем бірлігі - г Химический состав в единицах измерения - г									
Құрғақ заттар Сухие вещества					Белоктар-көмірсулар белки-углеводы				
Рецепт бойынша По рецептуре	Ең төменгі рұқсат етілетін Минимально допустимые	Іс жүзінде Фактически			Рецепт бойынша По рецептуре	Төменгі рауалы Минимально допустимые.	Іс жүзінде Фактически		
11	12	13			14	15	16		
Химиялық құрамы, өлшем бірлігі г Химический состав в единицах измерения г									
Белоктар Белки			Майлар Жиры			Көмірсулар Углеводы			
Рецепт бойынша По рецептуре	Төменгі рұқсат етілетін Минимально допустимые	Іс жүзінде Фактически	Рецепт бойынша Порецптуре	Төменгі рауалы Минимально допустимые	Іс жүзінде Фактически	Рецепт бойынша По рецептуре	Төменгі рауалы Минимально допустимые	Іс жүзінде Фактически	
17	18	19	20	21	22	23	24	25	
Құнарлылығы Калорийность			Ауытқуы Отклонение						
						Құнарлылығы			

						ийнос ть	
26	27	28	29	30	31	32	33

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /
(Исследование проб проводились на соответствие НД) _____
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда)
(Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование)

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны

Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О.(при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады

(Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
86-қосымша
Приложение 86
к приказу

Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 086/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 086/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Қоректік орталардың сапасын зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ исследования качества питательных сред
№ _____ От " " 20 ж.(г.)

Келісім шарт бойынша келіп түскен сынамалар
(Образцы, поступившие по договору): _____

1. Үлгіні жіберген мекемелердің атауы мекен жайы
(Наименование учреждения, направившего образец, адрес):

2. Атауы (наименование): _____

3. Саны (количество): _____

4. Сынаулардың басталуы (дата начала исследования): _____

5. Сынаулардың аяқталуы (дата окончания исследования): _____

6. Сынау түрі (Вид испытаний): _____

Среды	Специфическая активность	Тест-штамм (коллекция)	Разведение	Инкубация и время	Результаты роста
1	2	3	4	5	6

Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проводилось на
соответствие НД) _____

--	--

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

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в ___ экземплярах) Сынамаларды жүргізу шарттары (условия проведения испытаний):

температура _____ ,

ылғалдылығы (влажность) _____

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

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
87-қосымша
Приложение 87
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	_____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 087/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 087/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " _____ " _____ 2021 года № _____

Радонның және оның ауада ыдырауынан пайда болған өнімдердің бар болуын
өлшеу ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ измерений содержания радона и продуктов его распада в воздухе

№ _____ от " ____ " _____ 20__ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы
(Наименование объекта, адрес) _____
2. Өлшеу жүргізілген орын
(Место проведения измерений) _____
3. Өлшеулер объекті өкілінің қатысуымен жүргізілді

(Измерения проведены в присутствии представителя объекта)

4. Өлшеу мақсаты
(Цель измерения) _____

5. Өлшеу құралдары
(Средства измерений) атауы, түрі, зауыттық нөмірі (наименование, тип, заводской номер)

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

Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі	Өлшеу жүргізілген орыны	Радонның өлшенген , теңсалмақты, баламалы, көлемді белсенділігі Бк/м ³ (Измеренная, равновесная, эквивалентная, объемная активность радона Бк/м ³)	(Бк/м ³ Рұқсат етілетін концентрациясы) (Допустимая концентрация Бк/м ³)	Желдету жағдайы туралы белгілер
---------------	-------------------------	--	--	---------------------------------

(Регистрационный номер)	(Место проведения измерений)	Топырақ бетінен алынған радон ағымының өлшенген тығыздығы (мБк/ш.м.·сек) (Измеренная плотность потока радона с поверхности грунта (мБк/м2·сек))	Ағынның шекті тығыздығы (мБк/м2·сек) (Допустимая плотность потока (мБк/м2·сек))	(Отметка о состоянии вентиляции)
1	2	3	4	5

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді _____

(Исследование проводилось на соответствие НД)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах
Зерттеу жүргізген лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы
(Исследование проводил, должность, фамилия, имя, отчество (при наличии),
подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
(фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны

Санитария-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
88-қосымша
Приложение 88
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды

		Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ №___ бұйрығымен бекітілген № 088/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 088/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

**Өнеркәсіп кәсіпорындарын өлшеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ измерений промышленных предприятий**

№ _____ (от) "___" _____ 20__ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен жайы
(Наименование объекта, адрес) _____
 2. Өлшеулер жүргізілген орын
(Место проведения замеров) _____
(бөлім, цех, квартал) (отдел, цех, квартал)
 3. Өлшеу мақсаты (Цель измерения) _____
 4. Өлшеулер тексерілетін объекті өкілінің қатысуымен жүргізілді
(Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого объекта)
 5. Өлшеулер құралдары (Средства измерений) _____
атауы, түрі, инвентарлық нөмірі (наименование, тип, инвентарный номер)
 6. Тексеру туралы мәліметтер
(Сведения о поверке) _____
берілген күні мен куәліктің нөмірі (дата и номер свидетельства)
 7. Үлгіні зерттеулер НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді _____
(Исследование образца проводились на соответствие НД)
- Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)

	Дозаның өлшенген қуаты (мкЗв/час, н/сек) (Измеренная мощность дозы (мкЗв/час, н/сек)) Еденнен жоғары () топырақтан)	Альфа-бөлшектер тығыздының ағыны, Бк/ см2(б/ см2 x мин)	Бета-бөлшектер тығыздының ағыны, Бк/ см2(б/см2 x мин)
--	---	---	---

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Өлшеу жүргізілген орын (Место проведения измерений)	(На высоте от пола (грунта))		(Плотность потока альфа-частиц, Бк/см2(част/см2 x мин))		(Плотность потока бета-частиц, Бк/см2(част/см2 x мин))	
		Зерттеу нәтижелері (Результаты измерений)	Дозаның рұқсат етілетін қуаты (мкЗв/час, н/сек) (Допустимая мощность дозы (мкЗв/час, н/сек))	Зерттеу нәтижелері (Результаты измерений)	Рұқсат деңгейі (Допустимые уровни)	Зерттеу нәтижелері (Результаты измерений)	Рұқсат деңгейі (Допустимые уровни)
1	2	3	4	5	6	7	8

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

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда)
(Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны

Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама ____ данада толтырылады (Протокол составляется в ____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН

(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы " " _____

№ _____ бұйрығына

89-қосымша

Приложение 89

к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от " " _____ 2021 года

№ _____

Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ №___ бұйрығымен бекітілген № 089/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 089/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Шаң сынамадарын зерттеу ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ исследования образцов пыли

№ _____ от "___" _____ 20__ ж. (г.)

1. Үлгі атауы (Наименование образца): _____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
4. Үлгіні жіберген мекемелердің атауы
(Наименование учреждений, направивший образец) _____
5. Саны (Количество): _____
3. Зерттеу мақсаты (Цель исследования): _____
4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора): _____
5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки): _____
6. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования): _____
7. Үлгіні зерттеу НҚ-ғасәйкестігіне жүргізілді
8. (Исследование образца проводилось на соответствие НД)
9. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки): _____
10. Сақтау жағдайы (Условия хранения): _____
11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения): _____
12. Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования):

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Үлгінің нөмірі Номер образца	НҚ бойынша нормасы Норма по НД	Нақты көрсеткіші Фактический показатель	Сынақ әдістеріне НҚ НД на метод испытаний

1	2	4	5	
---	---	---	---	--

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)
Зерттеу жүргізген (Исследование проводил) _____
(лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

Зертхана меңгерушісінің қолы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда),
(фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись заведующего лабораторией

Мөр орны

Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы
(директор орынбасары) _____

(аты, тегі, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы
(заместитель директора) _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН

(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ " _____
№ ____ бұйрығына
90-қосымша
Приложение 90
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года
№ ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	_____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 090/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 090/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

Әкімшіліктің құқық бұзушылығы туралы ХАТТАМА
ПРОТОКОЛ об административном правонарушении
 № _____ 20 _____ жыл (года) " " _ часов минут уақыт (время)

толтырылу орны (место составления)

Мен (мною) _____

толтырушының лауазымы мен аты-жөні (должность, фамилия и инициалы лица,
составившего протокол)

Санитариялық - эпидемиологиялық тексеру кезінде _____

При санитарно-эпидемиологическом обследовании:

құқық бұзушылық болған орын мен уақыт, (место и время совершения нарушений
заңды тұлғаның аты-жөні

(наименование юридического лица) немесе лауазымды тұлғаның немесе жеке
кәсіпкердің қызметі, аты-жөні, мекен-жайы

(или должность, фамилия и инициалы должностного лица или индивидуального
предпринимателя, адрес)

(на основании)

санитариялық-эпидемиологиялық тексеру актісінің, (акта
санитарно-эпидемиологического обследования,
зертханалық тексерулер актілері, тұлғалардың өтініштері /лабораторных исследований,
обращений лиц) негізінде
анықталды (установлено): _____

Әкімшілік құқық бұзушылықтың мәні (существо административного правонарушения)

санитариялық-эпидемиологиялық қағидалар немесе гигиеналық нормативтердің немесе
басқа да
нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуы болып есептеледі (что является
нарушением
требований санитарно-эпидемиологических правил и норм либо гигиенических
нормативов, либо иных нормативных правовых актов)

кұқық бұзушылықтың тармақтарын көрсетіңіз (указать пункты нарушения)
"Әкімшілік құқық бұзушылық туралы" Қазақстан Республикасының Кодексінің (бұдан
әрі - ҚР ӘҚБК)
кұқық бұзушылығы үшін ҚР ӘҚБК-нің әкімшілік жауапкершілікті көздейтін ерекше
бөлімі (особенной
части Кодекса Республики Казахстан "Об административных правонарушениях" (далее
– КоАП РК),
предусматривающая административную ответственность за данное правонарушение
КоАП РК)

Өндіріс тілі (Язык производства)

Әкімшілік құқық бұзушылық жасаған тұлғаларға байланысты мәлімет: жеке,
лауазымды тұлға жеке кәсіпкер
(Сведения о лицах, в отношении которых возбуждено административное дело:
физическое, должностное лицо, индивидуальный предприниматель)

Аты-жөні (Фамилия, имя, отчество (при наличии))

Туған күні, жылы, уақыты (число, месяц, год, рождения)

Құқық бұзушының жеке басын куәландыратын құжаттың атауы мен деректемелері
(наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность правонарушителя)

Азаматтығы (гражданство) _____
Жұмыс орны, лауазымы, ұйымның мекенжайы, факс, ұялы байланыс және (немесе)
электрондық мекенжай (егер бар болса)
(место работы, занимаемая должность, адрес организации, факс, сотовая связь и (или)
электронный адрес (если они имеются))
Тұрғылықты мекен жайы мен телефоны (адрес местожительства и телефон)

(жеке куәліктің нөмірі мен берілген күні
№ свидетельства индивидуального предпринимателя и дата выдачи)
Занды тұлға (юридическое лицо)

басшының толық аты-жөні, мекенжайы, ұйымдастырушылық-құқықтық түрі, занды
тұлға ретінде
мемлекеттік тіркеу нөмірі мен күні, банк деректемелері, занды өкілдің телефон нөмірі,
факс, ұялы
байланыс және (немесе) электрондық мекенжай (егер бар болса) (полное наименование,
фамилия,
имя, отчество руководителя, местонахождение, организационно-правовая форма, номер
и дата
государственной регистрации в качестве юридического лица, банковские реквизиты,
телефон законного
представителя, факс, сотовая связь и (или) электронный адрес (если они имеются))
Әкімшілік іс қозғалған салық төлеушінің тіркеу нөмірі (регистрационный номер
налогоплательщика - лица, в отношении которого возбуждено административное дело)
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласында бұрын
әкімшілік жауапкершілікке тартылуы (привлекался ли ранее к административной
ответственности в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

Іс қозғалған тұлғаның түсіндірме беруі
(объяснение лица, в отношении которого возбуждено дело)

Аудармашының, қорғаушының көмегін қажет ету немесе бас тарту белгісі

(отметка о необходимости помощи переводчика, защитника или об отказе от такой помощи) _____

ҚРӘҚБК 744,810,811 баптарында көзделген істі қозғау бойынша тұлғаның, сондай-ақ басқа қатысушылардың құқықтары мен міндеттерін түсіндіру туралы белгі
(отметка о разъяснении прав и обязанностей лицу, в отношении которого возбуждено дело, а также другим участникам производства по делу, предусмотренных статьями 744,810,811 КоАП РК _____

Түсіндірме беруден, қол қоюдан бас тарту белгісі
(отметка об отказе от подписи лица, от дачи объяснения)

Жәбірленуші мен куә болған жағдайда олардың аты-жөндері, мекенжайлары мен қолдары
(при наличии потерпевших и свидетелей, а также в случаях участия понятых, их фамилии, имена, адреса и подписи

аттамаға қосымша құжаттар (к протоколу прилагаются документы):

Істі қарауға қажет басқа да мәліметтер
(иные сведения, необходимые для разрешения дела) _____

Хаттаманың көшірмесін алдым (копию протокола получил)

әкімшілік құқық бұзушының қолы мен алған күні
(подпись лица, совершившего административное правонарушение и дата получения)
Хаттама толтырушы тұлғаның аты-жөні мен қолы
(Ф.И.О. (при наличии) и подпись должностного лица, составившего протокол)

Істі қарауға қажет басқа да мәліметтер (иные сведения, необходимые для разрешения дела)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
91-қосымша
Приложение 91
к приказу

Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года

№ _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 091/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 091/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

Құқықтарды талқылау Х А Т Т А М А С Ы

П Р О Т О К О Л разьяснения прав

20 ____ ж.(г.) _____ " " _____ қаласы (ауылы)

Мен (Я), _____

_____ ҚР ӘҚБК 744 және 810-811 баптарымен
таныстырдым ознакомила со ст.744 и 810-811 КоАП РК азамат(ша) (гражданина(ку)) _____

744-бап. Өзіне қатысты әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша іс жүргізіліп жатқан тұлға

Өзіне қатысты әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша іс жүргізіліп жатқан тұлға хаттамамен және істің басқа да материалдарымен танысуға, түсініктемелер беруге, хаттаманың мазмұны мен ресімделуі жөнінде ескертулер жасауға, дәлелдемелер ұсынуға, өтінішхаттар, оның ішінде істі сотта кешіктірмей қарау және әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қаулыны тез арада заңды күшіне енгізу туралы өтінішхаттар мен қарсылықтарды мәлімдеуге, қорғаушының заң көмегін

пайдалануға, істі қарау кезінде ана тілінде немесе өзі білетін тілде сөйлеуге және егер іс жүргізіліп отырған тілді білмесе, аудармашы көрсеткен қызметтерді өтеусіз пайдалануға; іс бойынша іс жүргізуді қамтамасыз ету шараларының қолданылуы бойынша, нақты деректерге және мән-жайларға сәйкес келмейтін мәліметтер көрсетілген жағдайда, әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттаманы жасау кезінде заңның бұзылуына, айыппұл төлеу қажеттігі туралы нұсқамаға және іс бойынша қаулыға шағыммен жүгінуге; істегі құжаттардан үзінді көшірме жасауға және олардың көшірмелерін түсіріп алуға, сондай-ақ өзіне осы Кодексте берілген өзге де процестік құқықтарды пайдалануға құқылы.

810-бап. Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қысқартылған іс жүргізудің негіздері

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы істер бойынша, оның ішінде 44-баптың бірінші бөлігінің бірінші абзацына сәйкес айыппұл түрінде әкімшілік жаза көзделген соттың ведомстволық бағыныстылығына жатқызылған, сондай-ақ оның жасалу фактісін мойындайтын және айыппұлды осы Кодекстің Ерекше бөлімінің бабындағы санкцияда көрсетілгеннен елу пайызы мөлшерінде төлеуге келіскен және ұсынылған дәлелдемелерге шағым жасамайтын, оны жасаған адам анықталған істер бойынша қысқартылған іс жүргізу жүзеге асырылады.

811-бап. Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қысқартылған іс жүргізу тәртібі

1. Әкімшілік құқық бұзушылық анықталған және оны жасаған тұлға белгілі болған кезде осы Кодекстің 804 немесе 805-баптарында аталған уәкілетті адам әкімшілік іс жүргізуді қозғайды, тұлғаға айыппұлды осы Кодекстің Ерекше бөлігі бабының санкциясында көрсетілген айыппұл сомасының елу пайызы мөлшерінде жеті тәулік ішінде төлеу құқығын түсіндіреді және қажет болған жағдайда белгіленген үлгідегі түбіртеккі табыс етеді.

Егер әкімшілік құқық бұзушылық автоматты режимде жұмыс істейтін сертификатталған арнайы техникалық бақылау-өлшеу құралдарымен және аспаптармен тіркелсе, адамның айыппұлды белгіленген үлгідегі түбіртекпен бірге айыппұл төлеу қажеттігі туралы нұсқама тиісінше жеткізілген кезден бастап жеті тәулік ішінде көрсетілген айыппұл сомасының елу пайызы мөлшерінде төлеуге құқығы бар.

2. Айыппұлды көрсетілген айыппұл сомасының елу пайызы мөлшерінде жеті тәулік ішінде төлеген жағдайда іс мәні бойынша қаралды, шешім заңды күшіне енді, ал адам әкімшілік жауаптылыққа тартылды деп есептеледі.

Осы Кодекстің 47-тарауында көзделген жағдайларды қоспағанда, осы тараудың қағидалары бойынша қаралған іс қайта қаралуға жатпайды.

3. Осы баптың бірінші бөлігінде көзделген құқық пайдаланылмаған немесе тиісінше пайдаланылмаған жағдайда әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша іс жүргізу жалпы тәртіппен жүзеге асырылады.

Статья 744. Лицо, в отношении которого ведется производство по делу об административном правонарушении

Лицо, в отношении которого ведется производство по делу об административном правонарушении, вправе знакомиться с протоколом и другими материалами дела, давать объяснения, делать замечания по содержанию и оформлению протокола, представлять доказательства, заявлять ходатайства, в том числе о незамедлительном рассмотрении дела в суде и немедленном вступлении постановления по делу об административном правонарушении в законную силу, и отводы, пользоваться юридической помощью защитника, при рассмотрении дела выступать на родном языке или языке, которым владеет, и безвозмездно пользоваться услугами переводчика, если не владеет языком, на котором ведется производство; обратиться с жалобой по применению мер обеспечения производства по делу, на нарушение закона при составлении протокола об административном правонарушении в случае указания сведений, не соответствующих фактическим данным и обстоятельствам, на предписание о необходимости уплаты штрафа и постановление по делу; делать выписки и снимать копии с имеющихся в деле документов, а также пользоваться иными процессуальными правами, предоставленными ему настоящим Кодексом.

Статья 810. Основания сокращенного производства по делу об административном правонарушении

Сокращенное производство осуществляется по делам об административных правонарушениях, в том числе по делам, отнесенным к подведомственности суда, за которое предусмотрено административное взыскание в виде штрафа согласно абзацу первому части первой статьи 44, а также установлено совершившее его лицо, которое признает факт его совершения и согласно с уплатой штрафа в размере пятидесяти процентов от указанной в санкции статьи Особенной части настоящего Кодекса и не обжалует представленные доказательства.

Статья 811. Порядок сокращенного производства по делу об административном правонарушении

1. При обнаружении административного правонарушения и установлении совершившего его лица уполномоченное лицо, указанное в статьях 804 или 805 настоящего Кодекса, возбуждает административное производство, разъясняет лицу

право оплаты штрафа в размере пятидесяти процентов от указанной в санкции статьи Особенной части настоящего Кодекса суммы штрафа в течение семи суток и при необходимости вручает квитанцию установленного образца.

Если административное правонарушение зафиксировано сертифицированными специальными контрольно-измерительными техническими средствами и приборами, работающими в автоматическом режиме, лицо имеет право оплаты штрафа в размере пятидесяти процентов от указанной суммы штрафа в течение семи суток с момента надлежащего доставления предписания о необходимости уплаты штрафа с квитанцией установленного образца.

2. В случае оплаты штрафа в размере пятидесяти процентов от указанной суммы штрафа в течение семи суток дело считается рассмотренным по существу, решение – вступившим в законную силу, а лицо – привлеченным к административной ответственности.

Пересмотру не подлежат дела, рассмотренные по правилам настоящей главы, за исключением случаев, предусмотренных главой 47 настоящего Кодекса.

3. В случае неиспользования или ненадлежащего использования права, предусмотренного частью первой настоящей статьи, производство по делу об административном правонарушении осуществляется в общем порядке.

Айғақты (Показание желаю давать на) _____ тілінде беремін (языке). Аудармашының көмегін (в услугах переводчика) _____ _____ қажет етемін, қажет етпеймін (нуждаюсь, не нуждаюсь) Қорғаушының көмегін (в услугах адвоката) _____ _____ қажет етемін, қажет етпеймін (нуждаюсь, не нуждаюсь) ҚР ӘҚБК 744 және 810-811 баптарына сәйкес құқықтар түсіндірілді (Согласно ст.744 КоАП РК и ст. 810-811 права мне разъяснены) _____ қолы (подпись) Іс материалдарымен таныстым (с материалами дела ознакомлен(на)) _____ қолы (подпись) Құқықтарды талқылау хаттамасын жарияладым (Протокол разъяснения прав объявил) _____ тегі, лауазымы, қолы (фамилия, должность, роспись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
92-қосымша
Приложение 92 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма

Сноска. Приложение 92 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 20.06.2024 № 24 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 092/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 092/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____ _____

**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 (болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Жедел ден қою шаралары мәніне жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге асыру және (немесе) нәтижелерінің материалдарын қарап (бар болса) (Рассмотрев материалы осуществления и (или) результатов государственного контроля, относящиеся к предмету меры оперативного реагирования (при наличии))

техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото - және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері және өзге де материалдар (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

Барысында және (немесе) нәтижелері бойынша анықтады (установил, что в ходе и (или) по результатам) _____

бақылау нысаны (форма контроля)

лауазымды тұлға (должностным лицом)

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Мыналар анықталды (выявлено следующее): _____

бұзушылықтың(дың) анықталған күні (дата выявления нарушения (й))

жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38 бабы 1) тармағының 1) тармақшасының, 38 бабы 2) тармағының 4) тармақшасының негізінде ҚАУЛЫ ЕТТІ (На основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан

"О здоровье народа и системе здравоохранения" **ПОСТАНОВИЛ**):

жұмыстан уақытша шеттету (временно отстранить от работы с) 20__ жылғы (года)

"__" _____ бастап, (до) 20__ жылғы (года) "__" _____ ға дейін

бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), толық атауы (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)

Осы қаулының орындалуы үшін жауапкершілік мыналарға жүктеледі
(Ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на):

(бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), толық атауы) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)
Мемлекеттік бақылау мен қадағалауды жүргізген адамның (адамдардың) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) және лауазымы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность лица (лиц), проводившего государственный контроль и надзор):

Анықталған бұзушылықтарды жою жөніндегі нұсқаулар
(Указания по устранению выявленных нарушений):

Осы қаулының орындалуы туралы ақпарат ұсынылсын
(Информацию о выполнении настоящего постановления представить в)

(мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)
(представить к) "___" _____ жылы (года) ұсынылсын.
Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (қолма-қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен, электрондық мекенжайға) (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования (нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением на адрес, на электронный адрес))

Бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің күні мен қолы
(Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его представителя)
Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулы алудан бас тартты (Руководитель субъекта контроля и надзора или его представитель отказался от получения постановления о применении меры оперативного реагирования) _____

лауазымды адамның қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)
(подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)
Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам
(Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного реагирования) _____

қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

(подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) қаулы алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс

(Постановление о применении меры оперативного реагирования подлежит исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента получения постановления).

Халықтың санитариялық-

эпидемиологиялық

саламаттылығы

саласындағы мемлекеттік

органның

басшысы

Руководитель государственного

органа в

с ф е р е

санитарно-эпидемиологического

благополучия населения

Мөр орны

Место печати

ТАӘ ФИО

Қаулы _____ данада жасалды.

Постановление составлено в ___ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____

№ _____ бұйрығына

93-қосымша

Приложение 93

к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от "___" _____ 2021 года

№ _____

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат A4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №093/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы
Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы

Медицинская документация
Форма № 093/у
Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

**Инфекциялық және паразиттік аурулармен тығыз байланыста болған адамдарды жұмыстан (оқудан) уақытша шеттеу туралы ҚАУЛЫ
ПОСТАНОВЛЕНИЕ о временном отстранении от работы (учебы) лиц состоявших в близком контакте с инфекционным и паразитарным больным № _____**

20___ жылғы (года) "___" _____ (город) _____ қаласы

Мемлекеттік Бас санитариялық дәрігер (орынбасары)
(Главный государственный санитарный врач (заместитель))

_____ (керегінің астын сызыңыз) тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (Т.А.Ә. (болған жағдайда))

_____ (нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при наличии), (Ф.И.О(при наличии)))

_____ ұсынылған мына материалдарды қарап (атап көрсетіңіз)
(рассмотрев представленные материалы (перечислить))

_____ мыналарды анықтадым (установил) _____

_____ Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылығы саласындағы
(указать характер нарушений требований законодательства Республики Казахстан

_____ Қазақстан Республикасының заңнама талаптарын бұзу сипатын көрсетіңіз
(в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

_____ "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабының 2-тармағының 3) тармақшасының негізінде
(На основании подпункта на подпункт 3 пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики

Қазақстан "О здоровье народа и системе здравоохранения")

ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (ПОСТАНОВИЛ):

(временно отстранить от работы с) 20 ____ жылғы (года) " ____ " _____
бастап, (до) 20 ____ жылғы (года) " ____ " _____ ға дейін

лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда), шаруашылық субъектінің толық атауы
(должность, Ф.И.О. (при наличии), полное наименование хозяйствующего объекта)

_____ уақытша жұмыстан босатылсын.
Осы қаулының орындалу жауапкершілігі (ответственность за выполнение
настоящего постановления возлагается на) _____

лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда), (должность, Ф.И.О. (при наличии))

_____ жүктелсін.

Мөр орны

Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет ұйымының басшысы

Место печати

(Руководитель государственной организации санитарно-эпидемиологической службы)
(орынбасары (заместитель))

Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Қаулыны алдым (Постановление получил) _____

(атқаратын лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда), алған күні, қолы)

(занимаемая должность, Ф.И.О. (при наличии), дата получения, подпись)

Қаулы (Постановление составлено в) ____ данада толтырылды (экземплярах).

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
94-қосымша
Приложение 94 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Сноска. Приложение 94 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 20.06.2024 № 24 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "____" "____" № _____ бұйрығымен бекітілген № 094/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 094/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____ _____

Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша қызметін немесе оның жекелеген түрлерін (процестер, әрекеттер) тоқтата тұру жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің ҚАУЛЫСЫ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о приостановлении деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действий)

№ _____
"____" _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт) ____
Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора)

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

_____ (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

ұсынылған материалдар мен мәліметтерді қарап шығу (рассмотрев представленные материалы и сведения): _____

_____ қызметі тоқтатыла тұрған тұлға туралы мәліметтер: жеке кәсіпкер немесе заңды тұлға (қажетінің астын сызу) (сведения о лице, чья деятельность приостанавливается: индивидуального предпринимателя или юридического лица (нужное подчеркнуть))

_____ жеке кәсіпкердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя)

_____ мемлекеттік тіркеу куәлігінің № және берілген күні (№ и дата выдачи свидетельства государственной регистрации)

Туған күні (Дата рождения) _____

Тұрғылықты жері (Место жительства) _____

_____ жеке басын куәландыратын құжаттың атауы және деректемелері (наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность)

_____ жеке сәйкестендіру нөмірі (индивидуальный идентификационный номер)

_____ тұрғылықты жері бойынша тіркеу туралы мәліметтер (сведения о регистрации по месту жительства)

_____ Жұмыс орны, атқаратын лауазымы, ұйымның мекенжайы (Место работы, занимаемая должность, адрес организации)

_____ Заңды тұлға (Юридическое лицо) _____

_____ басшының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), атауы, ұйымдық-құқықтық нысаны (фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя, наименование, организационно-правовая форма)

_____ заңды тұлға ретінде мемлекеттік тіркеу нөмірі (номер государственной регистрации в качестве юридического лица)

_____ Бизнес сәйкестендіру нөмірі және банк деректемелері

(Бизнес идентификационный номер и банковские реквизиты)

Жедел ден қою шаралары мәніне жататын мемлекеттік бақылауды және (немесе) нәтижелерінің жүзеге асыру материалдары (бар болса) (материалы осуществления и (или) результатов государственного контроля, относящиеся к предмету меры оперативного реагирования (при наличии))

техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото - және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері және өзге де материалдар (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

Барысында және (немесе) нәтижелері бойынша анықтады (установил, что в ходе и (или) по результатам) _____ бақылау нысаны (форма контроля)

Лауазымды тұлға (должностным лицом) _____
лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Мыналарды анықталды (выявлено следующее): _____

бұзушылықтың(дың) анықталған күні (дата выявления нарушения (й))

жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38 бабы 1) тармағының 1) тармақшасының, 38 бабы 2) тармағының 4) тармақшасының негізінде ҚАУЛЫ ЕТТІ (На основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан

"О здоровье народа и системе здравоохранения" **ПОСТАНОВИЛ:**

(ПРИОСТАНОВИТЬ с) 20__ жылғы (года) "___" _____ бастап, (до) 20__ жылғы (года) "___" _____ ға дейін **ТОҚТАТЫЛСЫН.**

Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша тоқтатылатын қызмет түрін немесе оның жекелеген түрлерін (процестер, әрекеттер) көрсету

(указать вид приостанавливаемой деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельные ее виды (процессов, действия))

Осы қаулының орындалғаны үшін жауапкершілік мыналарға жүктеледі

(Ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на):

бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), толық атауы (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)

Анықталған бұзушылықтарды жою жөніндегі нұсқаулар

(Указания по устранению выявленных нарушений):

Осы қаулының орындалуы туралы ақпарат ұсынылсын

(Информацию о выполнении настоящего постановления представить в)

(мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)

(представить к) "___" _____ жылы (года) ұсынылсын.

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (қолма-қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен, электрондық мекенжайға) (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования (нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением на адрес, на электронный адрес))

Бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің күні мен қолы (Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его представителя)

Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулы алудан бас тартты

(Руководитель субъекта контроля и надзора или его представитель отказался от получения постановления о применении меры оперативного реагирования)

лауазымды адамның қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

(подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного реагирования) _____

қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

(подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс

(Постановление о применении меры оперативного реагирования подлежит

исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента получения постановления).

Х а л ы қ т ы ң

санитариялық-эпидемиологиялық
саламаттылығы

саласындағы мемлекеттік
органның басшысы

Руководитель государственного
органа в сфере

санитарно-эпидемиологического
благополучия населения

Мер орны
Место печати

ТАӘ
ФИО

Қаулы ____ данада жасалды

Постановление составлено в ____ экземплярах.

Приложение 94-1 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84
Форма
Формат А4

Биологиялық қауіпсіздік саласында жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулы
Постановление о применении меры оперативного реагирования в области биологической
безопасности

Сноска. Приложение 94-1 исключено приказом Министра здравоохранения РК от 20.06.2024 № 24 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
95-косымша
Приложение 95
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 095/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 095/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № ____

Санитариялық-эпидемияға қарсы және санитариялық-профилактикалық іс-шараларды жүргізу туралы ҚАУЛЫ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ о проведении санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий № _____

20___ жылғы (года) "___" _____ (город) _____ қаласы

Мен, Бас мемлекеттік санитариялық дәрігер (орынбасары)

Я, Главный государственный санитарный врач (заместитель) _____

_____ мына құжаттарды қарап, (рассмотрев документы) _____

_____ анықтадым (установил) _____

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабының 2-тармағының 3) тармақшасы негізінде (На основании подпункта

на подпункт 3 пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения") ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (ПОСТАНОВЛЯЮ):

_____ мына іс-шаралар орындалсын: (выполнить следующие мероприятия)

Осы қаулыны орындау туралы ақпарат (Информацию о выполнении настоящего постановления представить в) _____

(к) 20___ жылғы (года) "___" _____

_____ ұсынылсын.

Мер орны (Басқарма басшысы/ Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет ұйым

басшысының орынбасары/ Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет ұйымының басшысы

_____ тегі, аты, әкесінің

аты (болған жағдайда), қолы

Место печати

(Руководитель управления/ Заместитель Руководителя государственной организации санитарно-эпидемиологической службы/

Руководитель государственной организации санитарно-эпидемиологической службы) (орынбасары (заместитель))

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

Қаулыны алдым (Постановление получил) _____

атқаратын лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), алған күні, қолы (занимаемая должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), дата получения, подпись)

Приложение 95-1 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Форма
Формат А4

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

форма

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-әйкестендіру нөмірі/наименование, индивидуальный идентификационный номер/ бизнес-идентификационный номер, субъекта (объекта) контроля и надзора)
Объектінің орналасқан жері (Местонахождение объекта):

(индексі, облыс, қала, мекен-жайы/индекс, область, город, адрес)
бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы профилактикалық бақылау нәтижелері бойынша (по результатам профилактического контроля в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения без посещения субъекта (объекта) контроля и надзора)
мынадай бұзушылық (бұзушылықтар) анықталды (установлено (установлены) следующее (следующие) нарушение (нарушения)):

р/с № п/п	Нормативтік құқықтық актілердің баптарына, тармақтарына, тармақшаларына сілтеме жасай отырып, бұзушылық сипатының сипаттамасы (Описание характера нарушения, со ссылкой на статьи, пункты и подпункты нормативных правовых актов, положения которых нарушены)	Бұзушылықтарды растайтын құжаттардың деректемелері мен атаулары (Реквизиты и наименования документов, подтверждающих нарушения)

(Бұзушылықтың әрбір фактісі жеке тармақпен белгіленеді және нормативтік құқықтық актінің ережелері бұзылған бабына, тармағына және тармақшасына сілтеме жасала отырып, бұзушылық сипаты көрсетіле отырып рет-реті тәртібімен нөмірленеді. Бұзушылық сипаттамасында бұзушылықты растайтын құжаттардың атауы мен деректемелеріне сілтеме беріледі/Каждый факт нарушения фиксируется отдельным пунктом и нумеруется в сквозном порядке с описанием характера нарушения со ссылкой на статьи, пункты и подпункты нормативных правовых актов, положения которых нарушены. В описании нарушения делается ссылка на реквизиты и наименования документов, подтверждающих нарушения)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 44-бабы 4- тармағына сәйкес ұсынамын (В соответствии с пунктом 4 статьи 44 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" рекомендую):

- 1) _____
- 2) _____

Бақылау және қадағалау субъектісі ұсыныммен келіскен жағдайда ұсынымды

тапсырған (алған) күннен кейінгі күннен бастап отыз жұмыс күні ішінде көрсетілген бұзушылықтар жойылады және ұсынымда көрсетілген мерзім өткен күннен бастап 3 (үш) жұмыс күні өткеннен кейін ұсынымды жіберген мемлекеттік органға орындау туралы ақпарат ұсынылады (В случае согласия с рекомендацией субъектом контроля и надзора в течение тридцати рабочих дней со дня, следующего за днем вручения (получения) рекомендации, устраняются указанные нарушения и по истечении 3 (трех) рабочих дней со дня истечения срока, указанного в рекомендации представляется информация об исполнении в государственный орган, направивший рекомендацию).

Бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай-ақ халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы профилактикалық бақылау нәтижелері бойынша анықталған бұзушылықтарды жою туралы осы ұсынымда көрсетілген анықталған бұзушылықтарды жою туралы ақпарат (растайтын құжаттардың көшірмелерін қоса бере отырып) төмендегі тәсілдердің бірімен

_____ ;
1) электрондық мекенжайға: _____ ;

2) қолма-қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен:

_____ ;
3) электрондық тәсілмен "электрондық үкімет" веб-порталы арқылы ұсынылады (Информация об устранении выявленных нарушений (с приложением копий подтверждающих документов), указанных в настоящих рекомендациях об устранении нарушений, выявленных по результатам профилактического контроля в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения без посещения субъекта (объекта) контроля и надзора представляется в _____ одним из следующих способов:

1) на электронный адрес: _____ ;

2) нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением на адрес:

_____ ;
3) электронным способом посредством веб-портала "электронного правительства").
Ұсынымда көрсетілген бұзушылықтармен келіспеген жағдайда бақылау субъектісі ұсынымды жіберген мемлекеттік органға ұсыным тапсырылған күннен кейінгі күннен бастап 5 (бес) жұмыс күні ішінде қарсылық жіберуге құқылы. Қарсылыққа қарсылықтың дәлелдерін растайтын құжаттардың көшірмелері қоса беріледі (При несогласии с нарушениями, указанными в рекомендации, субъект контроля вправе направить в государственный орган, направивший рекомендацию, возражение в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня следующего за днем вручения рекомендации. К возражению прилагаются копии документов, подтверждающие доводы возражения).
"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 44-бабы-8-тармағына сәйкес бақылау мен қадағалау субъектісіне

(объектісіне) бармай профилактикалық бақылау барысында анықталған бұзушылықтарды жою туралы ұсынымды белгіленген мерзімде орындамау бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бару арқылы профилактикалық бақылау үшін бақылау және қадағалау субъектісін (объектісін) іріктеуге негіз болып табылады (В соответствии с пунктом 8 статьи 44 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" неисполнение в установленный срок рекомендации об устранении выявленных нарушений в ходе профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля и надзора является основанием для отбора субъекта (объекта) контроля и надзора для профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля и надзора путем включения в полугодовой список проведения профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля и надзора).

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау органы аумақтық бөлімшесінің басшысы (басшысының орынбасары) (Руководитель (заместитель руководителя) территориального подразделения государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы/
фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)

Ұсыным берілді (Рекомендация вручена): _____

(аумақтық мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау органының лауазымды тұлғасының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы, күні/ фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения подпись, дата)

Ұсынымды алды (Рекомендацию получил): _____

(бақылау және қадағалау субъектісінің уәкілетті тұлғасының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы, күні/фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя субъекта (объекта) контроля и надзора, подпись, дата)

Ұсыным жіберілді (Рекомендация отправлена): _____

(жіберілгенін және (немесе) алынғанан растайтын құжат/
документ, подтверждающий факт отправки и (или) получения)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
96-қосымша

Приложение 96 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Сноска. Приложение 96 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 20.06.2024 № 24 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____
		№ _____ бұйрығымен бекітілген № 096/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 096/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____ _____

**Уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің
ҚАУЛЫСЫ**

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

**главного государственного санитарного врача Республики Казахстан о введении временных
санитарных мер**

№ _____
"___" _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт) _____
Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора)

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

(керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии)) (нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Мемлекеттік бақылауды жүзеге асырудың және (немесе) нәтижелерінің ұсынылған материалдарын қарап (рассмотрев представленные материалы осуществления и (или) результатов государственного контроля)

техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото - және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері, тиісті халықаралық ұйымдардан, Еуразиялық экономикалық одаққа мүше мемлекеттерден немесе үшінші елдерден мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау мен қадағалаудың бақылауындағы Еуразиялық экономикалық одақтың кедендік аумағына әкелінуіне және адам өмірі, денсаулығы және оның мекендеу ортасы үшін қауіпті өнімнің (тауарлардың) айналымына жол бермеу жөніндегі қолданылатын санитариялық шаралар туралы ақпарат және өзге де материалдар (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы, информация от соответствующих международных организаций, государств – членов Евразийского экономического союза или третьих стран о применяемых санитарных мерах по недопущению ввоза на таможенную территорию Евразийского экономического союза и оборота опасной для жизни, здоровья человека и среды его обитания подконтрольной государственному санитарно-эпидемиологическому контролю и надзору продукции (товаров) и иные материалы)

Барысында және (немесе) нәтижелері бойынша анықтады (установил, что в ходе и (или) по результатам) _____

бақылау нысаны (форма контроля)

Лауазымды тұлға (должностным лицом) _____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Мыналарды анықтады (выявлено следующее): _____

бұзушылықтың (дың) анықталған күні (дата выявления нарушения (й))

халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы

нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38 бабы 1) тармағының 15) тармақшасының, 38 бабы 2) тармағының 5) тармақшасының негізінде ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (На основании подпункта 15) пункта 1 статьи 38, подпункта 5) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан

"О здоровье народа и системе здравоохранения" **ПОСТАНОВЛЯЮ**):

Техникалық регламенттердің және (немесе) Еуразиялық экономикалық одақтың бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін (сәйкес емес) өнімді (тауарды) әкелуге тыйым салынсын (запретить ввоз продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям технических регламентов и (или) единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза)

өнімнің атауы, өндіруші, сыртқы экономикалық қызметтің тауар номенклатурасы коды, өзге де сәйкестендіру деректері (наименование продукции, производитель, код товарной номенклатуры внешнеэкономической деятельности, иные идентификационные данные)

Сондай-ақ келесі іс-шараларды жүргізсін (а также осуществит следующие мероприятия):

Мемлекеттік бақылау мен қадағалауды жүргізген адамның (адамдардың) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) және лауазымы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность лица (лиц), проводившего государственный контроль и надзор): _____

Уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо, оформившее постановление о введении временных санитарных мер) _____

(қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (қолма-қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен, электрондық мекенжайға) (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования (нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением на адрес, на электронный адрес)) _____

Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы қаулыны алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс.

Постановление о введении временных санитарных мер подлежит исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента получения постановления.

Қазақстан Республикасының

Бас мемлекеттік санитариялық

дәрігері

Мөр орны

ТАӘ

Главный государственный

Место печати

ФИО

санитарный врач

Республики Казахстан

Қаулы ___ данада жасалды

Постановление составлено в ___ экземплярах.

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

Приложение 97 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Сноска. Приложение 97 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 20.06.2024 № 24 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ___ " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 097/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного	Медицинская документация Форма № 097/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан

о р г а н а
санитарно-эпидемиологической
службы

от " ____ " _____ 2021 года № ____

Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша қызметіне немесе оның жекелеген түрлеріне (процестер, әрекеттер) тыйым салу жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің ҚАУЛЫСЫ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

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) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт) _____
Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора)

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

керегінің астын сызыңыз (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии)) (нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Ұсынылған материалдар мен мәліметтерді қарап
(рассмотрев представленные материалы и сведения):

қызметіне тыйым салынған тұлға туралы мәліметтер: жеке кәсіпкер немесе заңды тұлға (керегінің астын сызу) (сведения о лице, чья деятельность запрещается: индивидуального предпринимателя или юридического лица (нужное подчеркнуть))

жеке кәсіпкердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса (фамилия, имя, отчество (при наличии)) индивидуального предпринимателя)

мемлекеттік тіркеу куәлігінің № және берілген күні
№ и дата выдачи свидетельства государственной регистрации
Туған күні (Дата рождения) _____

Тұрғылықты жері (Место жительства) _____

жеке басын куәландыратын құжаттың атауы және деректемелері
(наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность)

жеке сәйкестендіру нөмірі (индивидуальный идентификационный номер)

тұрғылықты жері бойынша тіркеу туралы мәліметтер
(сведения о регистрации по месту жительства)

(Жұмыс орны, атқаратын лауазымы, ұйымның мекенжайы)
(Место работы, занимаемая должность, адрес организации)

Заңды тұлға (Юридическое лицо) _____
басшының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), атауы, ұйымдық-құқықтық нысаны
(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя, наименование,
организационно-правовая форма)

(заңды тұлға ретінде мемлекеттік тіркеу нөмірі)
(номер государственной регистрации в качестве юридического лица)

(Бизнес сәйкестендіру нөмірі және банк деректемелері)
(Бизнес идентификационный номер и банковские реквизиты)
Мемлекеттік бақылауды жүзеге асырудың және (немесе) нәтижелерінің ұсынылған
материалдарын қарап (рассмотрев представленные материалы осуществления и (или)
результатов государственного контроля) _____

(техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото -
және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама
нәтижелері және өзге де материалдар) (записи технических средств контроля,
приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты
санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

Барысында және (немесе) нәтижелері бойынша анықтады (установил, что в ходе и
(или) по результатам) _____

бақылау нысаны (форма контроля)

Лауазымды тұлға (должностным лицом) _____
лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса (должность, фамилия, имя, отчество
(при его наличии)

Мыналарды анықтады (выявлено следующее) _____

бұзушылықтың анықталған күні (дата выявления нарушения (й))

жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38 бабы 1) тармағының 1) тармақшасының, 38 бабы 2) тармағының 4) тармақшасының негізінде ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (На основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан

"О здоровье народа и системе здравоохранения" **ПОСТАНОВЛЯЮ):**

ТҮЙІМ САЛЫНСЫН (ЗАПРЕТИТЬ): _____

тыйым салынған қызмет түрін немесе оның жекелеген түрлерін (процестер, әрекеттер) көрсету (указать вид запрещаемой деятельности по производству, продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия)

Рұқсат беру құжаттарының немесе қызметтің басталғаны туралы хабарламаның болмауына байланысты талаптардың бұзылуына қатысты жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулының қолданылу мерзімі – рұқсат беру құжатын алғанға дейін немесе қызметтің басталғаны туралы хабарлама жіберілгенге дейін, талаптардың өзге де бұзылуына қатысты – мерзімсіз (қажеттісінің астын сызу керек)

(Срок действия постановления о применении меры оперативного реагирования в отношении нарушений требований, связанных с отсутствием разрешительных документов или уведомления о начале деятельности, – до получения разрешительного документа или направления уведомления о начале деятельности, в отношении иных нарушений требований – бессрочно (нужное подчеркнуть)).

Осы қаулының орындалуы туралы ақпарат ұсынылсын

(Информацию о выполнении настоящего постановления представить в)

(мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)

(представить к) " ____ " _____ жылы (года) ұсынылсын.

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (қолма-қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен, электрондық мекенжайға) (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования (нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением

на адрес, на электронный адрес))

Бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің күні мен қолы
(Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его представителя)

Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел ден қою
шараларын қолдану туралы қаулы алудан бас тартты

(Руководитель субъекта контроля и надзора или его представитель отказался от
получения постановления о применении меры оперативного реагирования)

лауазымды адамның қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

(подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам
(должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного
реагирования)

қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса (подпись и фамилия, имя, отчество
(при его наличии))

Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) жедел ден қою шараларын қолдану
туралы қаулыны алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс.

Постановление о применении меры оперативного реагирования подлежит
исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента
получения постановления.

Х а л ы қ т ы ң

санитариялық-эпидемиологиялық
саламаттылығы

саласындағы мемлекеттік
органның басшысы

Мөр орны

ТАӘ

Руководитель государственного
органа в сфере

Место печати

ФИО

санитарно-эпидемиологического
благополучия населения

Қаулы ___ данада жасалды

Постановление составлено в ___ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
97-1-қосымша
Приложение 97-1 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Сноска. Приказ дополнен приложением 97-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 20.06.2024 № 24 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ _____
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		бұйрығымен бекітілген № 097-1/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 097-1/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____ _____

Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін (сәйкес келмейтін) өнімді (тауарды) алып қою және өткізуден кері қайтарып алу туралы жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігерінің ҚАУЛЫСЫ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об изъятии и отзыве с реализации продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза

№ _____

" ____ " _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт) _____
Бақылау және қадағалау органының атауы
(Наименование органа контроля и надзора) _____

Өкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері
немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач

административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель)

керегінің астын сызыңыз (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Жедел ден қою шаралары мәніне жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге асырудың және (немесе) нәтижелерінің ұсынылған материалдарын қарап (бар болса) (рассмотрев представленные материалы осуществления и (или) результатов государственного контроля, относящиеся к предмету меры оперативного реагирования (при наличии))

техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото - және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері және өзге де материалдар (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

Барысында және (немесе) нәтижелері бойынша анықтады (установил, что в ходе и (или) по результатам) _____ бақылау нысаны (форма контроля)

Лауазымды тұлға (должностным лицом) _____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Мыналарды анықтады (выявлено следующее): _____

жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету) (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабы 1) тармағының 1) тармақшасының, 38-бабы 2) тармағының 4) тармақшасының негізінде ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (на основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан

"О здоровье народа и системе здравоохранения" **ПОСТАНОВЛЯЮ):**

1. Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін төменде көрсетілген өнімді (тауарды) сауда орындарынан дереу алып қою (Незамедлительно изъять с торговых мест нижеуказанную продукцию (товар), не соответствующую требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям и Евразийского экономического союза);

2. Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін төменде көрсетілген өнімді (тауарды) қойма үй-жайларынан 3 күнтізбелік күнге дейінгі мерзімде алып қою (қойма үй-жайларында болған кезде) (В срок до 3 календарных дней изъять со складских помещений нижеуказанную продукцию (товар), не соответствующую требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям и Евразийского экономического союза (при наличии в складских помещениях));

3. Контрагенттермен өткізілген (контрагенттермен өткізу кезінде) Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін төменде көрсетілген өнімді (тауарды) _____ күнтізбелік күнге дейінгі мерзімде кері қайтарып алу (В срок до _____ календарных дней отозвать нижеуказанную продукцию (товар), не соответствующую требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям и Евразийского экономического союза, реализованную контрагентам (при реализации контрагентам)).

№	Өнімнің атауы Наименование продукции	Өндіруші, өнім өндіретін ел Производитель, страна изготовления продукции	Партия нөмірі Номер партии
1	2	3	4

Растайтын материалдарды қоса бере отырып, өткізуден алып қойылған және кері қайтарылған өнімге (тауарға) қатысты жүргізілген іс-шаралар туралы ақпарат осы қаулыны алған сәттен бастап күнтізбелік ____ күн ішінде ұсынылсын (информацию о проведенных мероприятиях в отношении изъятой и отозванной с реализации продукции (товара) с приложением подтверждающих материалов представить в течение ____ календарных дней с момента получения настоящего постановления в) ____

_____ мемлекеттік органның атауы, мекенжайы, e-mail және басқа да байланыс деректері (наименование государственного органа, адрес, e-mail и другие контактные данные) Осы қаулының орындалуы үшін жауапкершілік мыналарға жүктеледі (ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на):

_____ бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), толық атауы (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (қолма-

қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен,
электрондық мекенжайға) (Сведения о получении постановления о применении меры
оперативного реагирования (нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением
на адрес, на электронный адрес)) _____

Бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің қолы мен күні
(Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его представителя)

Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел ден қою
шараларын қолдану туралы қаулыны алудан бас тартты
(Руководитель субъекта контроля и надзора или его представитель отказался
от получения постановления о применении меры оперативного реагирования)

лауазымды адамның қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

(подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам
(Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного
реагирования) _____

қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

(подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Х а л ы қ т ы ң

санитариялық-эпидемиологиялық
саламаттылығы саласындағы

мемлекеттік органның басшысы Мөр орны

ТАӘ

Руководитель государственного Место печати
органа в сфере

ФИО

санитарно-эпидемиологического
благополучия населения

Қаулы ____ данада жасалды

Постановление составлено в ____ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
97-2-қосымша

Приложение 97-2 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Сноска. Приказ дополнен приложением 97-2 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 20.06.2024 № 24 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ _____ бұйрығымен бекітілген № 097-2/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 097-2/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____ _____

Адамдарды емдеуге жатқызуға жіберуді ұйымдастыру жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігерінің ҚАУЛЫСЫ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об организации направления лиц на госпитализацию

№ _____

"___" _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт) _____
Бақылау және қадағалау органының атауы
(Наименование органа контроля и надзора) _____

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

(қажетінің астын сызу керек) тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (нужное подчеркнуть)
(фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Жедел ден қою шаралары мәніне жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге асырудың және (немесе) нәтижелерінің ұсынылған материалдарын қарап (бар болса)
(рассмотрев представленные материалы осуществления и (или) результаты

государственного контроля, относящиеся к предмету меры оперативного реагирования (при наличии))

_____ (техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото - және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері және өзге де материалдар) (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

Барысында және (немесе) нәтижелері бойынша анықтады (установил, что в ходе и (или) по результатам) _____

бақылау нысаны (форма контроля)

Лауазымды тұлға (должностным лицом) _____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Мыналарды анықтады (выявлено следующее): _____

бұзушылықтың (лар) анықталған күні (дата выявления нарушения (й))

_____ жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабы 1-тармағының 1) тармақшасының, 38 бабы 2 тармағының 4 тармақшасының негізінде ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (на основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан

"О здоровье народа и системе здравоохранения" **ПОСТАНОВЛЯЮ:**

Осы қаулыны алған күннен бастап, шұғыл түрде мына адамдарды емдеуге жатқызуға жіберуді ұйымдастыру (незамедлительно со дня получения настоящего постановления организовать направление следующих лиц на госпитализацию)

№	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (Фамилия, имя, отчество) (при его наличии)	Туған күні (Дата рождения)	Жынысы (Пол)	Диагнозы (Диагноз)	Жіберіледі (Направляется в)
1	2	3	4	5	6

Осы қаулының орындалуы туралы ақпарат

(Информацию о выполнении настоящего постановления представить в) _____

мемлекеттік органның атауы (наименование государственного органа)

(к) " ____ " _____ жылы (года) ұсынылсын.

Осы қаулының орындалуы үшін жауапкершілік мыналарға жүктеледі

(Ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на):

бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), толық атауы (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер

(қолма-қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен, электрондық мекенжайға) (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования (нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением на адрес, на электронный адрес))

Бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің қолы мен күні (Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его представителя)

Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алудан бас тартты (Руководитель субъекта контроля и надзора или его представитель отказался от получения постановления о применении меры оперативного реагирования)

лауазымды адамның қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного реагирования) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) және қолы (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Х а л ы қ т ы ң

санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы

саласындағы мемлекеттік органның басшысы

Мөр орны

ТАӘ

Руководитель государственного органа в сфере

Место печати

ФИО

санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Қаулы ____ данада жасалды

Постановление составлено в ____ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
98-қосымша
Приложение 98
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 098/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 098/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Әкімшілік жаза қолдану туралы ҚАУЛЫ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ о наложении административного взыскания №

20_____ ж. (г.) " _____ " _____

(қала/ ауыл (город/село) _____

Мемлекеттік органның атауы

Наименование государственного органа _____

Должностное лицо (руководитель территориального подразделения, заместитель)

Лауазымды адам (аумақтық бөлімшенің басшысы, орынбасары)

_____ (керегінің астын сызыңыз) тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда),

(нужное подчеркнуть)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Істі қарайтын күні және орны (дата и место рассмотрения дела)

Ісін қарауға байланысты тұлға туралы мәлімет: жеке тұлға, лауазымды тұлға, жеке кәсіпкер (сведения о лице, в отношении которого рассмотрено дело: физическое либо должностное лицо либо индивидуальный предприниматель)

(керектінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Жеке кәсіпкердің мемлекеттік тіркеу куәлігінің № және беру күні (№ и дата выдачи свидетельства государственной регистрации индивидуального предпринимателя): _____

Туған күні (дата рождения) _____

Мекен-жайы (место жительства)

Жеке басын куәландыратын құжаттың атауы және деректемелері (наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность)

Жеке сәйкестендіру нөмірі (индивидуальный идентификационный номер)

Мекен-жайы бойынша тіркеу туралы мәлімет (сведения о регистрации по месту жительства)

Жұмыс орны, атқаратын қызметі, ұйымның атауы (место работы, занимаемая должность, адрес организации)

Заңды тұлға (Юридическое лицо)

Басшының тегі, аты, әкесінің аты, атауы

(фамилия, имя, отчество руководителя, наименование,

Ұйымдастыру-құқықтық үлгісі, орналасқан орны,

(организационно-правовая форма, местонахождение),

занды тұлға ретіндегі мемлекеттік тіркеу нөмірі және күні
(государственной регистрации в качестве юридического лица, номер и дата),
бизнес-сәйкестендіру нөмірі және банқтық деректемелер
(бизнес-идентификационный номер и банковские реквизиты)
Қаралған іс бойынша өндіріс тілі (язык производства по рассматриваемому делу)

Істі қарау кезінде анықталған мән-жайлар/обстоятельства, установленные
при рассмотрении дела

ӘҚБ туралы ҚРК бабы, әкімшілік құқық бұзушылық үшін көзделетін жауапкершілік,
жасалған әкімшілік құқық бұзушылық, айыпталушының жеке басы, оның ішінде
айыпталғанға дейінгі және кейінгі мінез-құлқы, мүліктік жағдайы, жауапкершілікті
жеңілдететін және ауырлататын жағдай
(статья КРК об АП, предусматривающая ответственность за административное
правонарушение обстоятельства, установленные при рассмотрении дела, характер
совершенного административного правонарушения, личность виновного,
в том числе его поведение до и после совершения правонарушения, имущественное
положение, обстоятельства смягчающие и отягчающие ответственность)

ҚР ӘҚБтК-нің баптарына сәйкес әкімшілік жауаптылықты жеңілдететін
не ауырлататын мән-жайлар/
обстоятельства смягчающие либо отягчающие административную ответственность
Жоғарыда көрсетілген негізде және ҚР ӘҚБ Кодексінің 701, 818, 822, 823,
66-баптарын, "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы"
Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабын басшылыққа ала отырып
(На основании вышеизложенного и руководствуясь статьями 701, 818, 822, 823,
66 КРК об АП РК статьей 38 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и
системе здравоохранения")

ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (ПОСТАНОВЛЯЮ):

Әкімшілік жазаны ескерту немесе айыппұл ретінде салу (наложить
административное взыскание в виде предупреждения или штраф)_(_____)
МРП_көлемде (в размере) керектінің астын сызыңыз (нужное подчеркнуть), жазу
үлгісінде (прописью)

Айып пұл салу туралы шығарылған қаулыға органның (лауазымды тұлғаның) жазбаша үлгідегі кейінгі ескертпесімен ҚР ӘҚБ Кодексінің 888 бабында қарастырылған заңды күшке әкімшілік айып пұл салу туралы қаулы күшіне енген күннен бастап отыз күннен кешіктірілмей немесе мерзімі ұзартқан күннен бастап айып пұл төленуі керек. (Штраф должен быть уплачен не позднее тридцати дней со дня вступления постановления о наложении административного штрафа в законную силу либо со дня истечения срока отсрочки, предусмотренной статьей 888 КоАП РК, с последующим уведомлением в письменной форме органа (должностного лица), вынесшего постановление о наложении штрафа).

Егер ҚР ӘҚБ Кодексінің 744-748-баптарында көрсетілген тұлға істі қарауға қатыспаған жағдайда осы қаулыға шағым, наразылық қаулының көшірмесін алған күннен бастап он күннің ішінде берілуі мүмкін (Жалоба, протест на настоящее постановление могут быть поданы в течение десяти дней со дня вручения копии постановления, а в случае, если лица, указанные в статьях 744-748 КоАП РК, не участвовали в рассмотрении дела,- со дня ее получения).

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қаулыға шағым сотқа жіберіледі, шағым, наразылық түскен күннен бастап үш күндік мерзімде міндетті іс бойынша қаулы шығарған органға (лауазымды тұлғаға), жоғары тұрған орган, сотқа (жоғарыда тұрған лауазымды тұлғаға) сәйкес келетін істің барлық материалдарын жіберу (Жалоба на постановление по делу об административном правонарушении направляется судьбе, в орган (должностному лицу), вынесший постановление по делу, которые обязаны в трехдневный срок со дня поступления жалобы, протеста направить их со всеми материалами дела в соответствующий суд, вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу)).

Шағым берілуі, ал наразылық тікелей оларды қарауға өкілетті сотқа, жоғары тұрған органға (жоғары тұрған лауазымды тұлғаға) енгізілген болуы мүмкін (Жалоба может быть подана, а протест внесен непосредственно в суд, вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу), уполномоченный их рассматривать).

ҚР ӘҚБ кодексінің 893-бабында көрсетілген айыппұлды мерзімінде төлемеген жағдайда ҚР ӘҚБ кодексінің 894-895-бабы негізінде материал жеке сот орындаушыларының өңірлік палатасына мәжбүрлі орындау үшін жіберілетін болады (В случае неуплаты штрафа в указанный статьей 893 КоАП РК срок, на основании статей 894 и 895 КоАП РК материал будет направлен в региональную палату частных судебных исполнителей для принудительного исполнения).

Лауазымды адам, аумақтық бөлімшенің басшысы(орынбасары)
(Должностное лицо, руководитель территориального подразделения, (заместитель)):
(керегінің астын сызыңыз) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы, (нужное подчеркнуть)
(Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Каулыны алдым (Постановление получил) _____

атқаратын лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда), алған күні, қолы,
(занимаемая должность, Ф.И.О. (при наличии), дата получения, подпись)
Қаулыны аудару туралы белгі
(Отметка о высылке постановления) _____

(число, месяц, год, № квитанции)

Айыппұл төлеу деректемелері (Реквизиты оплаты штрафа):

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
98-1-қосымша
Нысан
А4 Форматы

Биологиялық қауіпсіздік саласында жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыларды тіркеу журналы

Журнал регистрации постановлений о применении меры оперативного реагирования в области биологической безопасности

Сноска. Приложение 98-1 исключено приказом Министра здравоохранения РК от 20.06.2024 № 24 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
99-қосымша
Приложение 99 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Сноска. Приложение 99 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 20.06.2024 № 24 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 099/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 099/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Уақытша санитариялық шараларды енгізу жөніндегі Қазақстан Республикасы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации постановлений главного государственного санитарного врача Республики Казахстан о введении временных санитарных мер

Басталды (Начат) "___" _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) "___" _____ ж. (г.)

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін (сәйкес келмейтін) өнімнің (Наименование продукции (товара), не соответствующей (не соответствующей) требованиям технических	Өнімнің атауы, өндіруші, сыртқы экономикалық қызметтің тауар номенклатурасының коды, өзге де сәйкестендіру деректері (Наименование продукции, производитель, код товарной номенклатуры внешнеэкономической деятельности,	Уақытша санитариялық шараны қолдану негізі (Основание применения временной санитарной меры	Қолданылу мәртебесі (
---	--	--	--	--	-----------------------

1	2	3	4	5	6
		регламентов и (или) единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза)	и н ы е идентификационные данные)		Статус действия)

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

Сноска. Приложение 100 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 20.06.2024 № 24 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ _____ бұйрығымен бекітілген № 100/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 100/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____ _____

Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша қызметіне немесе оның жекелеген

түрлеріне (процестер, әрекеттер) тыйым салу жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу **ЖУРНАЛЫ**

ЖУРНАЛ регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о запрещении деятельности по производству, продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия)

Басталды (Начат) " ____ " _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) " ____ " _____ ж. (г.)

	№	Каулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) мекенжайы, орналасқан жері (Адрес, место нахождения субъекта (объекта) контроля и надзора)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) немесе оның жекелеген түрлерінің (процестер, әрекеттер) өндірісі, өнімі (тауары), қызметтер көрсетуі, жұмыстарын орындауы бойынша тыйым салынатын қызметтің түрі (Вид запрещаемой деятельности по производству, продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия))	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулының мәртебесі (Статус действия постановления о применении меры оперативного реагирования)	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі аты әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при его наличии) должностного лица, оформившего постановление о применении меры оперативного реагирования)
1	2	3	4	5	6	7	

Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы " " _____
 № _____ бұйрығына
 101-қосымша
 Приложение 101
 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ _ бұйрығымен бекітілген №101/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 101/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Санитариялық-эпидемияға қарсы және санитариялық-профилактикалық шараларды жүргізу туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысын тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о проведении санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий

Басталуы (Начат) " " _____ 20 ж.(г)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Қаулы шығарылған күн	Қаулы шығаруға негіз болған құжаттардың атауы және НҚА-н нормалары	Аумақтың толық атауы	Қаулыны орындау мерзімі	Есепке алу- е с е п құжаттарын сақтау мерзімі
---------------	----------------------	--	----------------------	-------------------------	---

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Бармай профилактикалық бақылау жүргізілген күн Дата проведения проф.контроля без посещения	Бақылау субъектісінің (объектісінің) толық атауы Полное наименование субъекта (объекта) контроля	ЖСН/БСН ИИН/БИН	Мекен-жайы, телефон нөмірі, электронды пошталық адрес, номер телефона, электронная почта	Анықталған бұзушылықтар Нарушения не выявлены/выявлены	Бұзышылықтар жою туралы ұсымның нөмірі, берілген күні Номер, дата рекомендации об устранении нарушения (при выявлении нарушения)	Бұзышылықтар жою туралы ұсымның орындау мерзімі Срок исполнения рекомендации об устранении нарушения	Бұзышылықтар жою туралы ұсымның орындауы туралы ақпарат Информация об исполнении рекомендации об устранении нарушения
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
102-қосымша
Приложение 102 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Сноска. Приложение 102 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 20.06.2024 № 24 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 102/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы
 Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы

Медицинская документация
 Форма № 102/у
 Утверждена приказом
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от "___" _____ 2021 года № _____

**Адамдарды жұмыстан уақытша шеттетуге жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы
 Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ
 регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении
 меры оперативного реагирования о временном отстранении лиц от работы**

Басталды (Начат) "___" _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) "___" _____ ж. (г.)

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Шеттетуге жататын тұлға анықталған бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора, в котором выявлено лицо, подлежащее отстранению)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) мекенжайы, орналасқан жері (Адрес, место нахождения субъекта (объекта) контроля и надзора)	Уақытша шеттетілген адамдардың тегі аты әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при его наличии) временно отстраненных лиц)	Жұмыстан шеттетілген адамды жұмысқа жіберу күні (Дата допуска к работе лица, отстраненного от работы)	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі аты әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при его наличии) должностного лица, оформившего постановление о применении меры оперативного реагирования)
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 103-қосымша
 Приложение 103 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 20 августа 2021 года
 № ҚР ДСМ-84
 Нысан
 Форма

Сноска. Приложение 103 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 20.06.2024 № 24 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ _____
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		бұйрығымен бекітілген № 103/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 103/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____ _____

Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша қызметін немесе оның жекелеген түрлерін (процестерін, әрекеттер) тоқтата тұру жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛІ регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о приостановлении деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действий)

Басталды (Начат) " ____ " _____ ж. (Г.)

Аяқталды (Окончен) " ____ " _____ ж. (Г.)

		Өнімді (тауарды)) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша қызметін немесе оның жекелеген түрлерін (____) процестерін,		Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды
--	--	--	--	--

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)	Әрекеттер) тоқтата тұру түрі (Вид приостанавливаем о й 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)	адамның тегі аты әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при его наличии) должностного лица, оформившего постановление о применении м е р ы оперативного реагирования)
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
103-1-қосымша
Приложение 103-1 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Сноска. Приказ дополнен приложением 103-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 20.06.2024 № 24 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 103-1/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы
 Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы

Медицинская документация
 Форма № 103-1/у
 Утверждена приказом
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от "___" _____ 2021 года №___

Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін (сәйкес келмейтін) өнімді (тауарларды) өткізуден алып қою және кері қайтарып алу жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу туралы ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛІ регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об изъятии и отзыве с реализации продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза

Басталды (Начат) "___" _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) "___" _____ ж. (г.)

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)	Қаулыны қолдану негіздері (Основания для применения постановления)	Алынатын () қайтарылатын () өнімнің тізбесі (Перечень изымаемой (отзываемой) продукции)	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі аты әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при его наличии) должностного лица, оформившего постановление о применении меры оперативного реагирования)	Қаулының орындалуы туралы (ақпарат (Информации о выполнении постановления)
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 103-2-қосымша
 Приложение 103-2 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 20 августа 2021 года
 № ҚР ДСМ-84
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

Сноска. Приказ дополнен приложением 103-2 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 20.06.2024 № 24 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ _____ бұйрығымен бекітілген № 103-2/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 103-2/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____ _____

Адамдарды емдеуге жатқызуға жіберуді ұйымдастыру жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об организации направления лиц на госпитализацию

Басталды (Начат) " ____ " _____ ж. (г.)
 Аяқталды (Окончен) " ____ " _____ ж. (г.)

			Емдеуге жатқызуға жіберілетін	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды	
--	--	--	-------------------------------------	--	--

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Бакылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)	адамдардың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при его наличии) л и ц , направляемых на госпитализацию)	адамның тегі аты әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при его наличии) должностного л и ц а , оформившего постановление о применении м е р ы оперативного реагирования)	Қаулының орындалуы туралы ақпарат (Информации об исполнении постановления)
1	2	3	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
104-қосымша
Приложение 104
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____</p> <p>КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 104/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы</p>		<p>Медицинская документация Форма № 104/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____</p>

Жеке тұлғалардың өтініштерін қарауды тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации рассмотрения обращений физических лиц

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20 ж.(г)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20 ж. (г.)

Парақтар саны (Количество листов): _____

Маман (Специалист): _____

Тіркеу нөмірі Регистрационн ы й номер	Өтініш тің келіп түскен күні, № Дата поступ ления, № обраще ния	Өтініш ті жіберге н субъект інің, лауазы мды тұлған ың атауы Наимен ование субъект а, должно стного лица, откуда поступ ило обраще ние	Бірегей нөмір Уникал ьный номер	Өтініш беруші нің аты - жөні (атауы), мекенж айы Ф.И.О. (при наличи и), (на имен ование) , адрес заявите ля	Өтініш тің түсу тәсілі (ЭҮП, колма-қ ол, тапсыр ы с жолым ен) способ поступ ления обраще ния (ПЭП, нарочн о, заказы м путем)	Өтініш тің қысқаш а мазмұн ы Кратко е содерж ание обраще ния	Өтініш аумақт ы қ органда рға және құрылы мдық бөлімш елерге, басқа органда рға жіберіл ген Обраще ние направ лено в террито риальн ые и структу рные подразд еления и в др. органы	Өтініш ті орында ушыны ң аты-жө ні Ф.И.О (при наличи и), исполн ителя обраще ния	Шығыс нөмірі, өтініш берушіг е жауапт ы жіберу күні Исходя щий номер, дата отправл ения ответа заявите лю	Орында лу мерзімі 20 күн Сроки исполн ения 20 дней	Ескерту Примеч ание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
105-қосымша
Приложение 105
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды

		ило обраще ние					еления и в др. органы				Примеч ание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
106-қосымша
Приложение 106
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

											Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан											Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 106/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы											Медицинская документация Форма № 106/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша іс жүргізуді қарауды тоқтату туралы қаулыларды тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛДІ регистрации постановлений о прекращении рассмотрения производства по делу об административном правонарушении

				Жеке тұлға, занды тұлға, жеке	Жеке тұлға, занды тұлға, жеке						
			Аты-жө н і хаттама	кәсіпкер туралы мәлімет	кәсіпкер туралы мәлімет						

№ п/п	Әкімшілік істің нөмірі (хаттама №), материал (кіріс. №, күні)	Жасалған күні	Хаттама жасаған адамның лауазымы	Тер (ЖСН, БСН, Т.А.Ә. болған жағдайда) Ф.И.О. (при наличии), лица составившего протокол, Должность лица составившего протокол	Тер (ЖСН, БСН, Т.А.Ә. болған жағдайда) Ф.И.О. (при наличии), адрес)	Тер (ЖСН, БСН, Т.А.Ә. болған жағдайда) Ф.И.О. (при наличии), адрес)	Жұмыс түрі, лауазымы, жұмыс орны, телефоны	Жасалған орны, мекенжайы. Место совершения, адрес. Род занятий, должностное место, работы, телефон	Іс жүргізуді болдырмайтын мән-жайлар	Обстоятельства, исключяющие производство	Карауды тоқтату күні	Басқа белгілер	Прочие отметки
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
107-қосымша
Приложение 107
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№107/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 107/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года №

Шағымдар мен ұсыныстарды тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации жалоб и предложений

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

п/п	Күні/Дата	Шағым/Жалоба	Ұ с ы н ы с / Предложение	Аты-жөні,қолы/ Ф.И.О (при наличии) , подпись
1	2	3	4	5

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ "
№ ____ бұйрығына
108-қосымша
Приложение 108
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года
№ ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " ____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 108/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а	Медицинская документация Форма № 108/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Кәсіптік уланулар мен кәсіптік ауруларды тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации профессиональных заболеваний и отравлений

Басталуы (Начат) "___" _____ 20 ж.(г)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Шұғыл хабарлама алынған күн Дата получения экстренного извещения	И И Н пострадавших их Зардап шеккендердің ЖСН	Зардап шегушінің тегі, аты, әкесінің аты, жасы Фамилия, имя, отчество, возраст пострадавший его	Улану орын алған объектінің атауы Наименование объекта, где произошло отравление	Цех, бөлімше, учаске Цех, отделение, участок	Кәсібі Профессия	Жұмыс өтілі Стаж работы
1	2	3	4	5	6	7	8

Продолжение таблицы

Кәсіби ауруды туғызған өндірістік зиянды факторлармен жанасуда болған жұмыс өтілі Стаж работы в контакте с вредными производственными факторами, вызвавшим и профессиональное заболевание	Уланған, ауырған күні Дата отравления, заболеваний	Улану себебі Причина отравления	Ауруханаға жатқызылу күні мен орны Дата и место госпитализации	Тексеру жүргізген адамның колы, тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество, лица, проводившего обследование	Диагнозы диагноз	Диагноз қойылған күні Дата установления диагноза	Ескерту Примечание
9	10	11	12	13	14	15	16

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____

№ _____ бұйрығына

109-қосымша

Приложение 109

к приказу

Министра здравоохранения

			больниц а, на дому)							Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

оның ішіндегі 14 жасқа дейінгі балаларды жақшаның ішінде көрсетіңіз/
в том числе детей до 14 лет указывать в скобке

№ 105/е нысанның артқы беті

Разворот формы № 105/у

Зертханалық зерттеулер Лабораторные исследования			Тағамнан улануды тудырған санитари ялық және технолог иялық кемшілік тер Санитарн ые и технолог ические нарушен ия, повлекш ие возникно вение пищевых отравлен ий	Тағамнан улану оқиғасы туралы хабарлам а берілген күн Дата извещени я о случае пищевого отравлен ия	Тағамнан улануды тексеруді ң қорытын ды материал дары жіберілге н күн Дата направле ния окончате льных материал ов расследо вания пищевого отравлен ия	Қабылда нған, оның ішінде әкімшілік , тәртіптік ықпал ету және тағы басқа шаралар Приняты е меры, в том числе меры админстр ативного, дисципли нарного воздейст вия и так далее			
Науқаста рдың бөлінділе рін Выделен ий больных	Қанды Кровь	Шайынд ыларды Смывов	Мәйіттің материал дарын Группных материал ов	Азық-түл ікті Пищевых продукто в	Шаятын суды Промывн ых вод				
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
110-қосымша
Приложение 110
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____

						Егеуқұйры қ сүзегі/ Қры синий тиф	Т.А.Ә (подпись болған жағдайда). врача- лаборанта	
11	12	13	14	15	16	17	18	19

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
111-қосымша
Приложение 111
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша код Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 111/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 111/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Спектрометриялық зерттеулерді тіркеу (тамақ өнімдері, топырақ, ағаш шикізаты,
көмір, минералды шикізат) ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации спектрометрических исследований (пищевые продукты,
почва, древесное сырье, уголь, минеральное сырье)

Басталуы (Начат) " " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тірк еу		Өлш еу жүрг ізілг								
------------	--	----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

нөмірі Региональный номер	Журнал бойынша нөмірі Номер по журналу	ен Күн Дата проведения измерения	Үлгінің атауы Наименование образца	Үлгінің салмағы (гр) Вес образца (гр)	Үлгіні өлшеу уақыты (сек) Время измерения образца (сек)					
1	2	3	4	5	6					

Радионуклидтердің белсенділігі, Бк/кг/л/дм³

Активность радионуклидов, Бк/кг/л/дм³

Радий- 226	Торий- 232	Калий- 40	Цезий - 137	Стронций- 90	Басқа гамма сәулеленуші изотоптар Другие гамма излучающие изотопы	Меншікті тиімді белсенділігі Удельная эффективная активность				
7	8	9	10	11	12	13				

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____

№ _____ бұйрығына

112-қосымша

Приложение 112

к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от " " _____ 2021 года

№ _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды
Код формы по ОКУД _____

КҰЖЖ бойынша ұйым коды

		Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген №112/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 112/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Дайындалған қоректік орталарды стерильдеуді тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации стерилизации приготовленных питательных сред

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регист рацио нный номер	Күні Дата	Авток лавты ң марка сы, нөмірі Марка , номер автокл ава	Зарарсызданд ырылатын бұйымдар Обеззаражива емые изделия		Қапта масы Упако вка	Зарарсызданд ыру уақыты, минутпен Время обеззаражива ния в мин.		Режим Режим		Бакылау тесті Тест-контроль			Мама нның Т.А.Ж ., лауаз ымы және колы Ф.И.О ., должн ость и подпи сь специ алиста , прово дивше го обезза ражив ание
			Атауы Наиме нован ие	Саны Колич ество		Бастал уы Начал о	Аяқта луы Конец	Қысы мы Давле ние	Қызу ы Темпе ратура	Биоло гиялы қ Биоло гическ ий	Терми ялық Терми чески й	Химия лық Хими чески й	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
113-қосымша
Приложение 113
к приказу
Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от " " _____ 2021 года

№ _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 113/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 113/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Өлшеу құралдары мен сынақ жабдығына техникалық қызмет көрсетуді тіркеу
ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации технического обслуживания средств измерений и
испытательного оборудования

Басталуы (Начат) " " _____ 20 _____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 _____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацио нный номер	Күні Дата	Өлшеу құралдарын ың атауы, түрі, зауыт нөмірі Наименован ие средств измерений, тип, Заводской номер	ӨЖ және С Ж жағдайы Состояние СИ и ИО	Орындалған жұмыс түрлері Виды выполненн ых работ	Инженердің Т.А.Ә Ф.И.О инженера	Қолы Подпись	Ескертулер Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
114-қосымша
Приложение 114

к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № бұйрығымен бекітілген №114/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 114/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Медициналық иммундық-биологиялық препараттарды есепке алу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ учета медицинских иммунобиологических препаратов

Басталды (Начат) " " _____ 20__ ж.(г.)

Аяқталды (Окончен) " " _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационны й номер	Препараттың атауы Наименование препарата	Түскен мерзімі Д а т а 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 жалғасыПродолжение таблицы

Сенімхат №, күні	Берілген саны	Теңгерім	Баланс
------------------	---------------	----------	--------

№ доверенности, дата	Выданное количество	Кіріс Приход	Шығыс Расход	Қалдық Остаток
13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
115-қосымша
Приложение 115
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 115/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 115/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Су үлгілерін зерттеу нәтижелерін есепке алу (ЖТЗ зертханасы) ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ учета результатов исследования образцов воды
(лаборатория ВТИ*)

Басталуы (Начат) " _____ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " _____ " _____ 20 ж. (г.)

Тіркелу нөмірі Регистрацио нный номер	Сынама қабылданға н күн Дата поступлени я	Үлгі алынған орын Место отбора образца	Мекен-жай Адрес	Көрсеткішт ер атауы Наименован и е показателей	Анықталған концентрац ия Выявленная концентрац ия	Ш Р К нормасы Норма ПДК	НҚ зерттеу Н Д исследован ия
1	2	3	4	5	6	7	8

* ЖТЗ зертханасы- Жоғары технологиялық зерттеу зертханасы
 * лаборатория ВТИ - лаборатория Высоко технологических исследований

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы " " _____
 № _____ бұйрығына
 116-қосымша
 Приложение 116
 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 116/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 116/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Дозаторларды калибрлеуді тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации калибровки дозаторов

Басталуы (Начат) " " _____ 20 _____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 _____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регист рацион ный номер	Күні Дата	Атауы Наиме новани е	Барлығы бір арналы және көп арналы дозаторлар/Все одноканальные и многоканальны е дозаторы	Т.А.Ә.(болған жағдайда), тексерушінің қолы/Ф.И.О.(при наличии), Подпись проводящего	100 мкл (+/-)				

			5 мкл(+/- 0,25мкл) (+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%)	- 1,5мкл (+/- 1,5%)	200мкл (+ 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

Продолжение таблицы

Ескертулер Примечания											
500 мкл(+/- 5,0мкл) (+/-1,0%)	1000 мкл (+/- 10мкл) (+/-1,0%)	2000 мкл (+/- 20мкл) (+1,0%)	5000 мкл (+/- 50мкл) (+1,0%)								
13	14	15	16	17	18						

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
117-қосымша
Приложение 117
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 117/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 117/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

_____ (заттың, өнімнің атауы) (тамақ өнімдері, топырақ, ағаш шикізаты, көмір, минералды шикізат, ойыншықтар, жиһаз өнімдерінің, материалдар пайдаланылатын

жүргізудегі және құрылыс кезінде автомобиль жолдарын жөндеу) радиобелсенділікті зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации исследования радиоактивности _____ (наименование продукции, вещества) (пищевой продукции, почвы, древесного сырья, угля, минерального сырья, игрушек, мебельной продукции, материалов используемых при строительстве и проведении ремонта автомобильных дорог)

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Өлшеу жүргізілген күні Дата проведения измерения	Үлгінің атауы, жеткізушінің рушісі Наименование образца, поставщик, изготовитель	Үлгінің салмағы (мин/сек) Время (мин/сек)	Үлгінің уақыты (мин/сек) Время измерения (мин/сек)	Радионуклидтердің белсенділігі, Бк/кг/л/дм ³ Активность радионуклидов, Бк/кг/л/дм ³						Өлшеу жүргізілген, Т.А. Ә (болған жағдайда), қолы Ф.И. О (при наличии), и подпись проводившего исследование	
					Радий-226 (Ra-226)	Торий-232 (Th-232)	Калий-40 (K-40)	Цезий-137 (Cs-137)	Стронций-90 (Sr-90)	Басқа гамма сәулеленуші изотоптар Другие гамма излучающие изотопы		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
№	Үлестік тиімді белсенділік Cs-137(Бк/кг) Удельная эффективная активность Cs-137(Бк/кг)	Үлестік тиімді белсенділік Cs-137(Бк/кг) Допустимый уровень удельной эффективной активности	Үлестік тиімді белсенділік Sr-90(Бк/кг) Удельная эффективная активность Sr-90(Бк/кг)	Үлестік тиімді белсенділік Sr-90(Бк/кг) Допустимый уровень удельной эффективной активности Sr-90(Бк/кг)							Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод	

Тіркеу нөмірі Регистрационны й номер	Сынама алу күні Дата отбора образца	Сынама ның түскен күні Дата поступления	Хаттаманың құрылған күні Дата составления протокола	Сынама алынған орын, мекен-жайы және ұйымның атауы Место отбора, адрес и наименование организации	Сынама ның атауы Наименование образца	Көрсеткіштер Показатели	Анықталған концентрация Обнаруженная концентрация	Өнімнің НҚ бойынша нормасы Норма по НД на продукт	Анықталу әдісінің НҚ на методопределения	н адамның қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О(при наличии) , подпись лица проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
119-қосымша
Приложение 119
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ _ бұйрығымен бекітілген №119/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 119/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Тағам өнімдеріндегі микробты трансглутаминазаны анықтау бойынша зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации исследования по определению микробной трансглутаминазы в продуктах питания

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні, уақыты Дата, время			Үлгі іріктелген орын, объект Объект, место отбора образца	Өнімнің атауы Наименование продукта	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, қолы
		Іріктелген Отбора	Зертханаға қабылданған Поступления в лабораторию	Зерттеудің басталуы Начало исследования				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ "
№ ____ бұйрығына
120-қосымша
Приложение 120
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года
№ ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 120/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а	Медицинская документация Форма № 120/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Тағам өнімдеріндегі құрғақ сүттің массалық үлесін анықтау бойынша зерттеулерді
тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации исследования по определению массовой концентрации
сухого молока в продуктах питания

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрац ионный номер	Күні, уақыты Дата, время			Үлгі іріктелген орын, объект Объект, место отбора образца	Өнімнің атауы Наименов ание продукта	Зерттеу нәтижесі Результат исследо вания	Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, колы
		Алынған Отбора	Зертханаға кабылданғ ан Поступлен ия в лаборатор ию	Зерттеудің басталуы Начало исследо вания				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ "
№ ____ бұйрығына
121-қосымша
Приложение 121
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года
№ ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен Бекітілген № 121/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы		Медицинская документация Форма № 121/у

Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____
--	---

Таразыларды калибрлеуді тіркеу журналы

Журнал регистрации калибровки весов

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрац ионный номер	Күні Дата	Таразы түрі Вид весов	Тазарту Очистка	Гиря калибрі, салмағы, гр. В е с калибр, гирей,г	Таразы көрсеткіш тері Показания весов с калибр, гирей,г	Таразы көрсеткіш терінің ауытқуы Отклонени я показания весов,г	Т.А.Ә (при наличии), Қолы Ф.И.О (при наличии), подпись	Ескерту Примечан ия
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ "

№ ____ бұйрығына

122-қосымша

Приложение 122

к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от " ____ " 2021 года

№ ____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 122/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а	Медицинская документация Форма № 122/у Утверждена приказом Министра

санитарно-эпидемиологической
службы

здравоохранения Республики
Казахстан от " ____ " _____
2021 года № ____

Дистилденген судың сапасын бақылауды тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации контроля качества дистиллированной воды

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацио нный номер	Үлгінің алынған күні мен уақыты Дата и время отбора пробы	Зертханаға әкелінген уақыты мен күні Дата и время поступлени я в лаборатори ю	Зерттеу үшін зертханаға жіберілген уақыты мен күні Дата и время отправки в лаборатори ю для исследован ия.	Судың зертханада зерттелген уақыты мен күні Дата и время исследован ия воды в лаборатори и	Судың зерттелген нәтижесі Результат исследован ия воды	Зерттеуді жүргізген Т.А.Ә (_____ болған жағдайда), Ф.И.О (при наличии), подпись проводивше го исследован ия	Примечания
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ "
№ ____ бұйрығына
123-қосымша
Приложение 123
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года
№ ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

					Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан					Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 123/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы
 Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы

Медицинская документация
 Форма № 123/y
 Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Қоршаған орта параметрлерін бақылауды тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации контроля параметров окружающей среды

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Бөлме № № комнаты	Ауа Т көрсеткіштері показатели Т воздуха		Ауа Т көрсеткіште рінің айырмасы Разность показаний температур ы воздуха	Салыстырм алылғалдық относительн а я влажность %	Қолы Подпись
			Құрғақ сухого	Ылғалды влажного			
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы "___" _____
 №___ бұйрығына
 124-қосымша
 Приложение 124
 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от "___" _____ 2021 года
 №___
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 124/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 124/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___
---	--

Бу және ауа стерилизаторларын, құрғақ ыстық ауалы шкафтарды (автокластарды) және дезинфекциялау камераларын бақылау ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛІ 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 объект, объект, место отбора пробы	Камера және автоклав аты 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
		Сәйкестендіруге арналған тесттер/Тесты для идентификации										
Микроскопия		Каталаза	лецитиназа	плазмакоагуляция	маннит	глицерин	Нәтиже/ Результат		Қолы/ Подпись			
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

пен.рост – пленчатый рост

отр. – отрицательно

"+" - положительный

"-" - отрицательный

т.р.выдержан – температурный режим выдержан

т.р. не выдержан – температурный режим не выдержан

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
125-қосымша
Приложение 125
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 125/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 125/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

рН метрді калибрлеуді тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации калибровки рН метра

Басталуы (Начат) " " _____ 20 _____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 _____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Күні	№1 калибрлеу ерітінді	№2 калибрлеу ерітінді	Тексеру ерітіндісі	Калибровка ны жүргізген ТАӘ, қолы

Регистрационный номер	Дата	Калибровочный раствор № 1 (рН 4,01)	Калибровочный раствор № 2 (рН 9,18)	Проверочный раствор (рН 6,86±/-0,03)	Ф И О и подпись проводившего калибровку	Ескерту Примечания
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
126-қосымша
Приложение 126
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 126/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма 126/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Термостаттың температурасын бақылау ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ контроля температуры термостата

Басталуы (Начат) " " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	Күні Дата	Термостат температурасы Температура термостата		Маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), Ф.И.О (при наличии) специалиста	Қолы Подпись	Ескерту Примечание
		Жұмыс алдында Перед работой 9.00	Жұмыс соңында В конце работы 16.00			

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
127-қосымша
Приложение 127
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 127/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 127/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Центрифуганың қосылуын және стерилденуін тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации подключения и стерилизации центрифуги

Басталуы (Начат) " " _____ 20 _____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 _____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	Центрифуган ың қосылған күні Д а т а подключения центрифуги	Материалдың атауы Наименовани е материала	Центрифуган ы стерилдеуге арналған ерітіндінің атауы Название раствора для	Центрифугам ен жұмыс істеген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), Ф.И.О (при наличии),	Қолы Подпись
--	--	--	--	---	-----------------

Регистрационный номер		Стерилизуемая лабораторная посуда	Количество	Т стерилизации	Время включения сухожарового шкафа	Время выключения сухожарового шкафа	Ф.И.О(при наличии), проводившего стерилизацию	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
129-қосымша
Приложение 129
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 129/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 129/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Зертханааралық салыстырмалы сынақтарды және сапаны сыртқы бағалау бойынша
сынаманы тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛІ регистрации проб по межлабораторных сличительных испытаний и
внешней оценки качества

Басталуы (Начат) " " _____ 20 _____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 _____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Күні	Сынама атауы	Зерттеу түрі	Қайдан жіберілді	Қайда жіберілді	Нәтижесі
---------------	------	--------------	--------------	------------------	-----------------	----------

Регистрационный номер	Дата	Наименование пробы	В и д исследования	Откуда прислан	К у д а направлен	Результат
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
130-қосымша
Приложение 130
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 130/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 130/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Зертханадағы аварияны тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации аварии в лаборатории

Басталуы (Начат) " " _____ 20 _____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 _____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Авария болған күні, сағаты	Аварияны анықтаған адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы	Болған авария түрі	Қолданған шаралар	Зертхана меңгерушісінің қолы	Ескертпе Примечание
---------------	----------------------------	--	--------------------	-------------------	------------------------------	------------------------

Регистрационный номер	Дата и время аварии	Ф.И.О (при наличии), должность специалиста обнаружившего аварию	Вид аварии	Принятые меры	Подпись заведующего лабораторией	
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
131-қосымша
Приложение 131
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 131/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 131/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Емшек сүтін микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований грудного молока

Басталуы (Начат) " " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Күні, уақыты Дата, время		Үлгіні жіберген ұйым Организация, ,	Т.А.Ә(болған жағдайда)	Жасы	Тұрғылықты мекенжайы	Диагноз, тексеріп қарау еселігі	Микробтардың жалпы өсу саны (МЖС)
	Үлгілер алу	Зертханаға келіп түскен						

Регистрационный номер	Отбор проб	Поступления в лабораторию	направившаяся образец	Ф.И.О (при наличии)	Возраст	Адрес проживания	Диагноз, кратность обследования	Общее микробное число (ОМЧ)
1	2	3	4	5	6	7	8	

Продолжение таблицы

Ишек таяқшалар тобына зерттеу Исследование на бактерий группы кишечных палочек											
себу көлемі засеваемы й объем		кесслер ортасында өсуі рорт на среде кесслера		Эндо ортасында өсуі рорт на среде Эндо			микроскопия		Сәйкестендіру тесттері Тесты идентификации		
									Оксидаза		Глюкоза
9		10		11			12		13		14
Стафилококқа зерттеу: Исследование на стафилококк:								Зерттеу нәтижесі/ Результат исследования			
Тікелей себу Прямой посев		Қоректік ортасына қайта себу Высев со среды обогачени я		Сәйкестендіру тесттері Тесты идентификации						Зерттеу аяқталған күн, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты әкесінің аты қолы. Дата оканчания исследования Фамилия, имия, очество подпись лица проводив шего исследования	
себу көлемі засеваемы й объем	Қасиетке тән колониялардың саны Количество характерных колоний	Себу көлемі засеваемы й объем	тығыз ортада өсуі рорт на плотных средах	леци тина за	микр оско пия	Анаэробты жағдайлар дағы мальтоза в анаэробных условиях	терм отұр ақты нуклеаза Термостабильная нуклеаза	МАША нМС / КМАФАнМ	БГКП	Стафилококк	
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
132-қосымша
Приложение 132
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____ № ___ бұйрығымен бекітілген № 132/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 132/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № ___

Парфюмерлік-косметикалық өнімдерді микробиологиялық зерттеуді тіркеу
ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований
парфюмерно-косметической продукции

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Күні Дата	Тіркеу номері. Регистрац. номер	Күні, уақытты Дата, время			Үлгі іріктелген орын, объект Объект, место отбора образца	Зерттеу мақсаты Цель исследования	Общее количество Микроорганизмов (Мезофильно-аэробны , факультативно-анаэробных), КОЕ	
		Алынған. Отбора	Зертханаға қабылданған Поступление лабораторию	Зерттеудің басталуы Начало исследования			Себу көлемі Засаеаемы й объем	Өскен колониялар саны Количество выросших колоний
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Продолжение таблицы

								Зерттеу нәтижелері, зерттеудің аяқталған күні, жылы, зерттеу Жүргізген адамның Т.А.Ж қолы.
--	--	--	--	--	--	--	--	---

Candida albicans	E.coli	Staphylococcus aureus	Pseudomonas aeruginosa	Результат исследования, дата окончания исследования, Ф.И.О. Подпись лица, проводившего исследования.
------------------	--------	-----------------------	------------------------	--

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
133-қосымша
Приложение 133
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 133/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 133/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Тағам және мал шаруашылығы өнімдеріндегі гормондардың қалдық мөлшерін анықтау бойынша микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований по определению остаточных количеств гормонов в продуктах питания и животноводства

Басталуы (Начат) " _____ " _____ 20 _____ ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) " _____ " _____ 20 _____ ж. (г.)

						Қалдық гормонның	
--	--	--	--	--	--	---------------------	--

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	мөлшерін анықтау нәтижесі Результат исследования на определение остаточного количества гормонов	Күні, қолы дата, подпись
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
134-қосымша
Приложение 134
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № бұйрығымен бекітілген №134/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 134/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №

Жеке бас гигиенасы құралдарын микробиологиялық зерттеуді тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛІ регистрации микробиологических исследований средств личной гигиены
Басталуы (Начат) " " _____ 20 _____ ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 _____ ж. (г.)

--	--	--	--

Күні Дата	Тіркеу номері Регистрацион ный номер	Күні, уақытты Дата, время			Ү л г і іріктелген орын, объект Объект, место отбора образца	Зерттеу мақсаты Ц е л ь исследования
		Алынған Отбора	Зертханаға кабылданған Поступление в лабораторию	Зерттеудің басталуы Начало исследования		
1	2	3	4	5	6	7

Продолжение таблицы

Enterobacteria сеаев 10г	Staphylococcus aureus в 10г	Pseudomonasa eruginosa в 10г	Плесневые и дрожжевые грибы КОЕ/г (не более)	Зерттеу нәтижелері, зерттеудің аяқталған күні, жылы, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда) колы. Результат исследования, д а т а окончания исследования, Ф.И.О. (при наличии) Подпись лица , проводившего исследования.	Себу көлемі Засеваемый объем	Өскен колониялар саны Кол-тво выросших колоний
8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
135-қосымша
Приложение 135
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____	КҰЖЖ бойынша ұйым коды
--	------------------------

		Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 135/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 135/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Балалар мен жасөспірімдерге арналған өнімдерді микробиологиялық зерттеуді тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований продукции, предназначенной для детей и подростков

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регист рацион ный номер	Күні, уақыты Дата, время			Үлгі іріктел ген орын, объект Объект ,место отбора образц а	Зертте у мақсат ы Цель исслед ования	Ашытқы, ашытқыға ұқсас, көгерген саңырауқұлақ, 1г. (1см ² , 1см ³) ойыншық Дрожжи, дрожжеподобн ые, Плесневые грибы, 1г. (1см ² , 1см ³) игрушек	Тұқым дас бактер иялар э1см, 1см нероба ктерия 1г.-да/ Бактер ии семейс тва э1см, 1смнер обакте рии В 1г. (1см ² , 1см ³)	Жалға нмонас аэроге ноз 1г. -да (1см ² , 1см ³) ойынш ык/ Псевдо монас аэроге ноза в 1г. (1см ² , 1см ³) игруш ек	Зертте у нәтиже лері, зертте удің аяқтал ған күні, жылы, зертте у жүргіз ген адамн ың Т.А.Ә (болған жағдай да), қолы Резуль тат исслед ования ,дата оконча ния исслед ования
		Алынғ ан Отбора	Зертха наға қабылд аған Посту пление в	Өскен колони ялар саны Колич ество вырос ших						

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
							Зас ева емы й обь ем	Өскен колониялар саны Кол-во выросших колоний		Зас ева емы й обь ем	Өскен колония лар саны Количес т в о выросши х колоний			нал ичи и), под пис ь лиц а, про вод ивш его

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
137-қосымша
Приложение 137
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №137/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 137/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Антибактериалды препараттарға сезімталдықты анықтау (сыртқы ортадан алынған өсірінді) ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛІ определения чувствительности к антибактериальным препаратам (культуры выделенных из внешней среды)

Күні Дата	Тіркеу нөмері Регист рацио нный номер	Өсірін ділерд ің атауы Наиме нован и е культу ры	Бөліну көзі Источ ник выдел ения	Бөліну орны Место выдел ения	Жібер ген мекем енің атауы Наиме нован и е напра вивше го учреж дения	Антиб иотик тер атауы/ наиме нован и е антиб иотик ов	Нәтиж есі- Сезімт ал (S)/ Сезімт алдыг ы төмен (I) (Төзім ді & reg; / Резуль тат – Чувст витель ный (S))/ Умере нно резист ентны й (I)/ Резист ентны й ®)	Зертте у жүргіз ген адамн ың Т.А.Ә (болға н жағда йда), лауаз ымы және қолы Ф.И.О (при налич ии), должн ость и подпи с ь лица прово дивше го исслед овани я					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасы
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
138-қосымша
Приложение 138
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____ № ___ бұйрығымен бекітілген № 138/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 138/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

Қанды ішсүзегінің, А және В паратифтің қоздырғышын анықтау бойынша
микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛІ 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 Регистра ционны й номер	ТАӘ, мекен жайы, жұмыс орны ФИО, адрес, место работы	Қанды акелген адамның ТАӘ, луазым ы колы ФИО, должнос ть и подпись лица достави вщего кровь	Зерттеу мақсаты Цель исследо вания	Темпера туралық тәртібі Темпера турный режим	Себулер Высевы				
						I	II	III	IV	V
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Продолжение таблицы

Микроскопия	Сәйкестендіру тесттері Т е с т ы идентификации	Нәтиже Результат	Талдау аяқталған күн Дата окончания анализа	Нәтиже берілген күн, ай, жыл Дата выдачи результата	Зерттеу жүргізген адамның колы, Т.А.Ә(болған жағдайда), ФИО(при наличии),
-------------	---	---------------------	--	--	---

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Т.А.Ә (болған жағдайда), Ф.И.О (при наличии) (обследуемого)	Туған жылы Год рождения	Мекен – жайы Адрес проживания	Тексеруге жіберген мекеме Учреждение направление	уге 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	Нәтижелер берілген күн, ай, жыл Дата выдачи результатов	н аты (болған жағдайда), , колы Фамилия, имя, отчество (при наличии), , подпись, проводившего исследование	Ескерту Примечание

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____

№ _____ бұйрығына
140-қосымша

Приложение 140
к приказу

Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года

№ _____

Нысан
Форма

A4 Форматы
Формат A4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 140/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а	Медицинская документация Форма № 140/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Металды, металдан және метал қалдықтарынан жасалған бұйымдарды зерттеулерді
тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации исследований металла, изделий из металла и металлолома

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

№ п/п № р/н	Күні Дата	Тапсыр ы с беруші/ Заказчи к	Зерттеу, өлшеу мақсаты /Цель исследо вания, замеров	Өлшеуді ң жалпы саны/ Общее кол-во замеров	Гамм-сә улелену/ Гамма-и злучени е	Бета-сәу лелену/ Бета-изл учение	Альфа сәулеле нуАльф а-излуче ние	Орында ушының Т.А.Ә (_____ болған жағдайд а)/ Ф.И.О (_____ при наличии) , исполни теля	Хаттама ны беру күні/ Дата выдачи протоко ла	Ескертп е/ Примеча ние
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ " _____
№ ____ бұйрығына
141-қосымша
Приложение 141
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года
№ ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ _ бұйрығымен бекітілген № 141/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы	Медицинская документация Форма № 141/у

Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____
--	---

Арнайы сұйықтықтар мен мұнайдан жасалған өнімдердің сынамаларын зерттеу
ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛІ регистрации и выдача результатов исследования образцов переработки
нефтепродуктов и специальных жидкостей

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Реттік нөмірі порядковый номер	Сынаманы іріктеу күні Дата отбора проб	Зерттеу жүргізілген күн Дата проведения исследования	Үлгі алынған орын, ұйымның атауы, оның ведомстволық иелігі Место отбора, наименование организации	Бұйымның атауы Наименов ание образца
1	2	3	4	5
Зерттеу нәтижелері Результаты исследования			Зерттеу қандай НҚ-қа сәйкес жүргізілді НД в соответствии с которой проводилось исследование	Зерттеу жүргізілген тұлғаның аты жөні және қолы Подпись лица, проводившего исследование
Көрсеткіш атауы Наименов ание показателя	Анықталған концентрация Обнаруженная концентрация	Нормативтік көрсеткіш Нормативные показатели		
6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ "
№ ____ бұйрығына
142-қосымша
Приложение 142
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года
№ ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	_ бұйрығымен бекітілген №142/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма №142/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____

Рентгенологиялық (сәулелі диагностика және терапия) кабинеттерде жүргізілген дозиметриялық бақылауды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации дозиметрического контроля в рентгенологических кабинетах (лучевой диагностики и терапии)

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу Нөмірі Регистр ационн ы й номер	Бақыла у жүргізг ен күні Дата контро ля	ЕПМ атауы, кабинет саны/ аппарат саны/ жұмыс орны саны Наимен ование ЛПУ, кол-во кабинет ов / аппарат ов/раб мест	Өлшеу жүргізі лген орын Место проведе ния замера	Рентген - кондыр ғы, зауытт ы қ нөмірі Рентген - установ ка, заводск ой номер	Рентген сәулеле нудің өлшем саны Количе ство замеров рентген овск излучен ия	Өлшем диапазо ндары Диапазо н измере ний	Өлшеу нәтиже лері Результ аты измере ний	Өлшем нен асқан өлшемд ер саны Количе ство замеры с превыш ением	Өлшеу нәтиже лері Результ аты измере ний	Хаттам а нөмірі Номер проток ола	Өлшеу жүргізг ен, Т.А.Ә(болған жағдай да), колы Ф.И.О (при наличи и) провод ившего замер, подпис ь
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
143-қосымша
Приложение 143
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды

		Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ – бұйрығымен бекітілген №143/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма №143/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Экспресс-зерттеу нәтижелерін тіркеу және беру ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации и выдачи результатов экспресс- исследований

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____
2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зерттеу күні мен уақыты. Дата и время исследования	Объектінің атауы, орналасқан жері Наименование, место нахождение объекта	Үлгі атауы Наименование образца	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Жүргізген адамның лауызымы, Т.А.Ә (болған жағдайда) және колы Ф.И.О (при наличии), должность и подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
144-қосымша
Приложение 144
к приказу
Министра здравоохранения

				правилам доставки и т.д)				Примечан ие
1	2	3	4	5	6	7	8	9

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

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 145/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 145/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Сәйкессіздіктерді және түзету мен алдын алу іс-қимылдарын жүргізу жөніндегі
іс-шараларды тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации несоответствий и мероприятий по проведению
корректирующих и предупреждающих действий

Басталуы (Начат) " " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Анықта лған	Сәйкессі здіктерд ің орын	Түзету іс-қимы лы	Алдын алу	Өткізу мерзімі	Жауапт ы	Орында луы	Қабылда нған іс-қимы лдарды
------------------	----------------	---------------------------------	-------------------------	--------------	-------------------	-------------	---------------	--------------------------------------

Регистрационный номер	Толтырылған күні Дата заповнення	Сәйкессіздіктер Обнаруженное несоответствие	алған уақыты мен жері Место и время возникновения несоответствия	Сәйкессіздіктің себебі Причина несоответствия	Корректирующие действия	іс-қимылы Предупреждающие действия	Сроки проведения	жүргізуші Ответственный за проведение	туралы белгі Отметка о выполнении	талдау және бағалау Анализ и оценка принятых действий
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Приложение 146 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Сноска. Приложение 146 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 14.08.2025 № 80 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № ___ — бұйрығымен бекітілген № 146/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 146/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № ___ —

Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылауға және қадағалауға жататын объектілерді тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛІ регистрации объектов, подлежащих государственному санитарно-эпидемиологическому контролю и надзору

Басталуы (Начат) "___" _____ 20 ж.(г)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20 ж. (г.)

Облыс

(Область) _____

Елді мекен (Населенный пункт) _____

Аудан

(Район) _____

Қала

(Город) _____

Санитариялық қадағалау саласы/ (Раздел санитарного надзора)

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20 ж.(г)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20 ж. (г.)

Облыс (Область) _____

Елді мекен (Населенный пункт) _____

Аудан (Район) _____

Қала (Город) _____

Санитариялық қадағалау саласы/ (Раздел санитарного надзора)

Тіркеу нөмірі Регистрационны й номер	Санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау объектісінің толық атауы Полное наименование объекта	Субъектінің толық атауы Полное наименование субъекта	ЖСН/ БСН ИИН/ БИН	Мекенжайы, телефон нөмірі, электронды пошталы Адрес, номер телефона, электронная почта	Барлық жұмыс істейтіндер/оның ішінде әйелдер Всего работающих/ из них женщин	Оның ішінде жұмыс жағдайында жұмыс істейтіндер/оның ішінде әйелдер Из них занятых во вредных условиях/ из них женщин	Рұқсат/ хабарлама Разрешение/ уведомление	Қызмет түрі Вид деятельности	Пайдалануға енгізу Ввод в эксплуатацию	Ескертпе Е примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Ескертпе. Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылауға және қадағалауға жататын объектілердің тізбесін тіркеу журналы "Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік бақылау мен қадағалауға жататын өнімдер мен эпидемиялық мәні бар объектілердің тізбесін бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 30 қарашадағы № ҚР ДСМ-220/2020 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілердің

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Бөлімше (кабинет) атауы Название Отделения (кабинета)	Сәулелендіргішті орнату күні Дата установки облучателя	Қосу уақыты Время включения	Өшіру уақыты Время выключения	Жұмыс істеген уақыты Количество отработанного времени	Жауапты адамның қолы Подпись ответственного лица	Ескерту Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
148-қосымша
Приложение 148
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 148/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 148/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Тоңазытқыш жабдығының, тоңазытқыш және мұздатқыш бөлмелердің немесе камералардың температуралық режимін есепке алу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ учета температурного режима холодильного оборудования, холодильных и морозильных комнат или камер

Басталуы (Начат) " " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20__ ж. (г.)

--	--	--	--	--

Тіркеу нөмірі Регистрационны й номер	Күні Дата	Термометр көрсеткіштері Показания термометра		Жауапты адамның қолы Подпись ответственного работника	Ескертпе (электр энергиясының өшірілгені туралы, еріту, тоңазытқыш жабдығының ақаулары) Примечание (отметки об отключении электроэнергии, размораживании , неисправности холодильного оборудования)
		Таңертен утром	Кешке вечером		
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
149-қосымша
Приложение 149
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 149/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 149/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Тазалау жүргізуді тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации проведения уборки

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Үй-жайдың атауы Название помещения	Жүргізу уақыты Часы проведения	Дез.құралдардың уақыт экспозициясы Время экспозиции дез.средств	Кварцтау уақыты Время кварцевания	Жауапты Ответственный за проведение	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ " _____
№ ____ бұйрығына
150-қосымша
Приложение 150
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года
№ ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №150/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 150/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____

Медициналық қалдықтарды күнделікті есепке алу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ ежедневного учета медицинских отходов

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Кесте
Таблица

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні дата	"А" сыныбы* (м3) класс "А"*(м3)		"Б" сыныбы \класс "Б"			
		Пайда болды образовано		Биологиялық/ анатомиялық қалдықтар (кг) Биологические/ анатомические отходы (кг)			
				Пайда болды образовано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения	Өртеу арқылы сжиганием	Өртемеу әдістерімен не сжигающими методами
1	2	3	4				
"Б" класс класс "Б"							
Өткір, үшкір қалдықтар (кг) Острые, колющие отходы (кг)				Өзге де (кг) Прочие (кг)			
Пайда болды образовано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратқан) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)	Пайда болды образовано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)
	Өртеу арқылы сжиганием				Өртемеу әдістерімен 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)			Өткір, үшкір қалдықтар (кг)			Өзге де (кг)								
Биологические/ анатомические отходы (кг)			Острые, колющие отходы (кг)			Прочие (кг)								
Пайда болды образвано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді		Пайда болды образвано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді		Пайда болды образвано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді	
	Өртеу арқылы сжиганием		Передан организациям на обезвреживании (утилизацию)			Өртеу арқылы сжиганием		Передан организациям на обезвреживании (утилизацию)			Өртеу арқылы сжиганием		Передан организациям на обезвреживании (утилизацию)	
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			

Кестенің жалғасы продолжение таблицы

"Г" сыныбы класс "Г"											
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)			"Д" сыныбы (кг) Класс "Д" (кг)	
Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін			Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты) Обезврежено (утилизировано)				Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін			Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін	

Пайда болды образвано	басқа ұйымдарға берілді Передано сторонни кам на обезвреживание (утилизацию)	Пайда болды образвано	самим объектом здравоохранения		ұйымдарға берілді Передано сторонни кам на обезвреживание (утилизацию)	Пайда болды образвано	басқа ұйымдарға берілді Передано сторонни кам на обезвреживание (утилизацию)	Пайда болды образвано	басқа ұйымдарға берілді Передано сторонни кам на обезвреживание (утилизацию)
29	30	31	32	Өртеу арқылы сжигание м Өртемеу әдістері мен е сжигающ и ми методами	34	35	36	37	38

Ескертпе.

Күн сайын есепке алу нысаны электронды түрде xls (Microsoft Excel) форматында толтырылады.

Примечание.

Форма ежедневного учета заполняется в электронном виде, в формате xls (Microsoft Excel).

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

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ _ бұйрығымен бекітілген №151/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а		Медицинская документация Форма № 151/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Өнім берушілерді және олар жеткізетін өнімді есепке алу, бағалау **ЖУРНАЛЫ**
ЖУРНАЛ учета, оценки поставщиков и поставляемой ими продукции

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационны й номер	Толтыр ылған күні Дата заполне ния	Өнім берушінің атауы Наимен ование поставщ ика	Сатып алынаты н өнімнің атауы Наимен ование закупае мой продукц ии	Өтінім № және күні № и дата заявки	Бағасы, теңге Цена, тенге	Өнім берушім ен жұмыс істеу кезінде жақсарт у серпіні Динами ка на улучшен ие при работе поставщ иком	Кепілдік Гаранти и	Сапасы Качеств о	Жеткізу дің сенімділ ігі Надежн ость поставо к	Таңдау нәтижес і Результ а т выбора
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ "
№ ____ бұйрығына
152-қосымша
Приложение 152
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года
№ ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 152/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 152/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____
---	---

Иондаушы сәулелену көздерін пайдаланатын шаруашылық жүргізуші субъектілерді және радиобелсенді заттардың қозғалысын есепке алу **ЖУРНАЛЫ**

ЖУРНАЛ учета хозяйствующих субъектов, использующих источники ионизирующего излучения и движения радиоактивных веществ

1. Объектілер тізімі/Список объектов

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Шаруашылық жүргізуші субъектінің атауы Наименование хозяйствующего субъекта	Объектінің мекен-жайы Адрес объекта	Министрлік ведомство) Министерство ведомство)	Радиациялық қауіпсіздікке жауапты адамның тегі, аты, әкесінің аты және телефоны Фамилия, имя, отчество контактный телефон ответственного за радиационную безопасность
1	2	3	4	5

2. Жұмыс парақтары әр объектіге ашылады

Рабочие листы заводятся на каждый объект

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Изотоптың атауы Наименование изотопа	Алғашқы белсенділік, өлшеу мерзімі (Кюри, /а) Начальная активность, дата измерения	Төлқұжат бойынша көздің нөмірі Номер источника по паспорту	Контейнердің нөмірі (радиоизотоптық аспаптар үшін) Номер контейнера (для радиоизотопных приборов)	Түскен күні Дата поступления	Қызмет ету мерзімі (қай жылға дейін) Срок службы (до какого года)	Қайда берілгені немесе көмілгені туралы белгі Отметка о передаче или захоронении	Ескертпе Примечание
6	7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ "
№ ____ бұйрығына
153-қосымша
Приложение 153
к приказу
Министра здравоохранения

Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 153/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 153/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Жеке дозиметрия нәтижелерін тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации результатов индивидуальной дозиметрии

Басталды (Начато) " " _____ 20__ ж (Г)

Аяқталды (Окончено) " " _____ 20__ ж (Г)

Тіркеу нөмірі Регистрац ионный номер	Күні, айы, жылы Дата	Шаруашы лық субъектісі нің, ұйымның атауы Наименов ание хозяйству ющего субъекта, организац ии	"А" тобы персоналы ның Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О (п ри наличии), персонала группы "А "	Дозиметрд ің (кассетаны (н) нөмірі Номер дозиметра (кассеты)	Құралдың көрсеткіш тері Показания прибора	Қайта есептеу коэффици енті Коэффици ент пересчета	Мөлшер, мЗв Доза, мЗв	Дозиметри стің Қолы Подпись дозиметри ста
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
154-қосымша

Приложение 154
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 154/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 154/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

ПТР* әдісімен ГТО* бар болуына шикізат және тағам өнімдерінің үлгілерін тіркеу және олардың нәтижелерін беру ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации образцов и выдачи результатов исследования сырья и пищевых продуктов на содержание ГМО*методом ПЦР*

Басталды (Начат) " " _____ 20__ ж.(г.)

Аяқталды (Окончен) " " _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____
2. _____

Күні дата			Үлгі атауы,	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн, жүргізген адамның лауызымы, Т.А.Ә (болған жағдайда)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Алынған үлгі Отбора образцов	Зертханаға келіп түсуі Поступление в лабораторию	Зерттеудің басталуы Начала исследования	саны, көлемі, алынған орын Наименование образца, количество, объем, место отбора	Зерттеу әдісі Метод исследования	Сапалық көрсеткіш Качественный показатель	Сандық көрсеткіш Количественный показатель), және қолы Дата оқончания исследования, должность, Ф.И.О (при наличии), и подпись лица, проводившего исследование	Нәтиже берілген күні Дата выдачи результата
1	2	3	4	5	7	8	9	10	11

*ГТО - генетикалық түрлендірілген объектілер

*ГМО - генетически модифицированных объектов

* ПТР - полимеразды-тізбекті реакция

* ПЦР - полимеразно-цепной реакций

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
155-қосымша
Приложение 155
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 155/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы
 Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы

Медицинская документация
 Форма № 155/у
 Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Есекқұрттар имаголарының маусымдық санының серпінін есепке алу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛІ учета сезонной динамики численности имаго москитов
 _____ облысы (области),

(в районе) _____

ауданындағы елді мекеннің атуы (наименование населенного пункта)

20 ж. (г.)

Есептеу тәсілі (үй-жайлардағы жабысқақ бетте, іннің алдына қойылған құйғы тәрізді ұстағышта) Спосіб учета (в помещеннях на липкий лист, воронкообразной ловушкой из нор)	Он күн сайын* және орташа айлық (бұдан әрі ОА) саны Подекадная* и среднемесячная (далее-СМ) численность											
	Сәуір Апрель				Мамыр Май				Маусым Июнь			
	1	2	3	см	1	2	3	см	1	2	3	см
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

кестенің жалғасы

продолжение таблицы

Он күн сайын* және орташа айлық (бұдан әрі ОА) саны Подекадная* и среднемесячная (далее-СМ) численность	Орташа маусы

Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь				мдық көрсет кіш Средне сезоны й показа тель
1	2	3	см	1	2	3	см	1	2	3	см	
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

*Әрбір он күндікті 2 кіші бағанға бөлеміз: бөліндісінде үнсіз масаның барлық саны, бөлгішінде 1 жабысқақ параққа немесе 1 қақпанға *Каждую декаду делим на две подграфы: в числителе – всего москитов, в знаменателе – на 1 липкий лист или на 1 ловушку. Примечание: учет проводится по типам помещений (жилые, хозяйственные, скотные), в открытой природе

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
156-қосымша
Приложение 156
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрлігі Министерство национальной экономики Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрінің 2021 жылғы " " _____ мамырдағы № _____ бұйрығымен бекітілген № 156/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 156/у Утверждена приказом Министра национальной экономики Республики Казахстан от " " мая 2021 года № _____

Аумақтардағы барлаушының тексеріп қараулар нәтижелері бойынша кене энцефалитін тасымалдаушы иксодты кенелердің санын есепке алу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ учета численности иксодовых клещей-переносчиков клещевого энцефалита

по результатам рекогносцировочных обследований на территориях

облысы (области)

ауданы (района)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Ауданның, ландшафты-климатты аймақтың атауы, маршруттың нөмірі Наименование района, ландшафтно-климатической зоны, номер маршрута	Тексеріп қарау күні Дата обследования	Тексеру көлемі, км Объем обследования в км	Зерттелген аумақтың өсімдік жамылғысы нанжирналған кенелер Собрано клещей с растительного покрова обследованной территории	Оның ішінде түрліктің бойынша В том числе, по видово-принципиальности	Қаралған ірі қара мал Осмотрено крупного рогатого скота	Оның ішінде кене басқан мал (ІҚМ және ҰМ) В том числе заклещеного скота (КРС и МРС)	Жиналған кенелер Собрано клещей	Оның ішінде түрліктің бойынша В том числе, по видово-принципиальности	Барлық жиналған кенелер Всего собрано клещей	Оның ішінде түрліктің бойынша В том числе, по видово-принципиальности	Зертханаға зерттеуге жіберілген кенелер Направлено клещей на исследование в лабораторию	Зерттеу нәтижелері Результаты исследований	Патогендік агенттер бөлінді Выделены патогенные агенты	Оң партиялардың пайызы Проценты положительных партий

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____

№ _____ бұйрығына

157-қосымша

Приложение 157

к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от " " _____ 2021 года

№ _____

Нысан

Форма

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген №157/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 157/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Имаго қансорғыш буынаяқтыларға қарсы күрес бойынша жұмыстарды есепке алу
ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ учета работ по борьбе с личинками и имаго кровососущих членистоногих
Елді мекеннің атауы (Наименование населенного пункта)

(в районе) _____ ауданы,
_____ облысы (области)

Өңдеу орны (а) Место обработки	Өңдеу е дейінгі тексеріп карау күні Дата обследования	Өңдеуге дейінгі буынаяқтылардың саны (түрі, есепке алу бірлігі) Численность членистоногих до обработки (вид, единица учета)		Өңдеу көрсетімдері Показатели	Өңдеу күні Дата	Препараттың атауы мен мөлшері Наименование препарата, дозировка	Өңделген алаң Обработка	Тиімділігін бақылау Контроль эффективности		
		Кұрттар	Ересектер					Өңдеуден кейінгі саны (түрі, есепке алу бірлігі) Численность после обработки (вид, единица учета)	Өңдеу күні Дата	Өңдеу күні Дата

ки (я до Р водоем)	обработ ки	Личинк и	Ересек Имаго	ния к обработ ке	дата обработ ки	ка, расход ядов	танная площад ь	после обработ ки	личинк и	имаго	эффеки вност и
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
158-қосымша
Приложение 158
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года

№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 158/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 158/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Экстенсивті зерттеп-қарау (жаппай аулау) нәтижелері бойынша жәндіктер санын
есепке алу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ учета численности насекомых по результатам экстенсивных обследований

(массовый отлов)* облысы (области) _____ ауданында (районе) _____

Елді мекеннің атауы, объект Наименование населенного пункта, объект	Үй-жайдың түрі Тип помещения	Есепке алу күні Дата учета	Есепке алу тәсілі, үлгілердің саны, есеп бірлігі Способ учета, количество образцов, единица учета	Ауланған жәндіктер саны Количество выловленных насекомых	Орта көрсеткіш Средний показатель	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7

* Ескертпе: безгек масаларына, синантропты шыбындар мен шыбын-шіркейлерге жеке жүргізіледі
Примечание: вести отдельно для малярийных комаров, синантропных мух и москитов

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
159-қосымша
Приложение 159
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №159/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а	Медицинская документация Форма № 159/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Анофелес дэрнәсілдері санының маусымдық серпінін тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации сезонной динамики численности личинок Анофелес
Елді мекеннің атауы (Наименование населенного пункта) _____
Масаның түрі (Вид комара) _____
есептеу әдісі (метод учета) _____
күні (дата) "___" _____ 20 ж. (г.)

Сукой ма Водое м	Он күн сайынғы* және орташа айлық (бұдан әрі -ОА) саны Подекадная* и среднемесячная (далее-СМ) численность											
	Сәуір Апрель				Мамыр Май				Маусым Июнь			
	1	2	3	см	1	2	3	см	1	2	3	см
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Он күн сайынғы* және орташа айлық (бұдан әрі -ОА) саны Подекадная* и среднемесячная (далее-СМ) численность												Маусы мдық орташа көрсет кіш Средне сезонн ы й показа тель
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь				
1	2	3	см	1	2	3	см	1	2	3	см	
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

* Әрбір онкүндікті 2 кіші бағанға бөлеміз: бөлінгішінде – барлық құрттар, бөлгішінде – бір сынамаға келетін саны; Бір м² су бетіне келетін санды қайта есептеу зертханалық жағдайда жедел талдау мен материалды жинақтау барысында жүргізу керек.

*Каждую декаду делим на две подграфы: в числителе – всего личинок, в знаменателе – численность на одну пробу; Перерасчет численности на один м² водной поверхности осуществлять в лабораторных условиях при оперативном анализе и обобщении материала.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
160-қосымша
Приложение 160
к приказу
Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от " " _____ 2021 года

№ _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №160/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 160/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Қансорғыш буынаяқтылардың түрлік құрамын зерделеу нәтижелерін тіркеу
ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации результатов изучения видового состава кровососущих
членистоногих

(в) _____ ауданында (районе), _____ облысында (области)

Елді мекеннің атауы Наименование населенного пункта	Буынаяқтылар түрінің атауы мен олардың даму фазалары Наименование вида 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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____

Тіркеу нөмірі Регистр ацион ный номер	жағдай ының тіркелг ен күні Дата регист рации случая укуса клеща в ЛПУ	ң аты (болған жағдай да), Фамилия, имя, отчество (при наличии),	Туған күні Дата рождения	нің атауы Наименование сельского округа, населенного пункта, участка	Үй мекен-жайы Домашний адрес	ның атауы Место работы, учебы, наименование детской организации	аумағы нда)) Территория, местонахождение наименование детской организации	және оны алу күні дата обнаружения клеща на теле и его снятия	зерттеу күні дата в лабораторию и дата исследования клеща	Тексеру нәтижесі Результат Обследования	і, жынысы Видовая половая принадлежность клещ й	аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество, должность исполнителя
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
162-қосымша
Приложение 162
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 162/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 162/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___
---	--

Тағам өнімдерінің үлгісін тіркеу және нәтижелерін беру (ЖТЗ зертханасы*)
ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации образца и выдачи результатов исследований пищевых продуктов (лаборатория ВТИ*)

Басталуы (Начат) "___" _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Сынама алу күні Дата отбора образца	Сынама түскен күні Дата поступления	Хаттаманың құрылған күні Дата составления протокола	Сынама алынған орын, мекен-жайы және ұйымның атауы Место отбора, адрес и наименование организации	Сынама атауы Наименование образца	Зерттелетін көрсеткіштердің, оның ішінде сезім мүшелері арқылы сезіну көрсеткіштерінің тізімі Органолептические показатели	Физикалық-химиялық көрсеткіштер Физико-химические показатели	Анықталған концентрация Обнаруженная концентрация	Өнімнің НҚ бойынша нормасы Норма по НД продукта	Анықтау әдісінің НҚ НД на метод определения	Зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О (при наличии), ., подпись лица проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	13

* ЖТЗ зертханасы- жоғары технологиялық зерттеу зертханасы * лаборатория ВТИ - лаборатория Высоко технологической исследований

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№___ бұйрығына
163-қосымша
Приложение 163
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма

Рецепт бойынша По рецепту	Ең аз рұқсат етілген Миним ально допуст имые	І с жүзінде Фактич ески	Остави ть По рецепту	Ең аз рұқсат етілген Миним ально допустимые	І с жүзінде Фактич ески	Рецепт бойынша По рецепту	Ең аз рұқсат етілген Миним ально допуст имые	І с жүзінде Фактич ески	Рецепт бойынша По рецепту	еті Іс лге жү н зін де Ми ни Фа кти чес ки до пус ти мы е		
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
Майлар Жиры			Құнарлылығы Калорийность			Ауытқулар (%) Отклонение (%)				Зерттеу	Зерттеу	
Рецепт бойынша По рецепту	Ең аз рұқсат етілген Миним ально допуст имые	І с жүзінде Фактич ески	Теория лық Теорет ически	Ең аз рұқсат етілген Миним ально допуст имые	Іс жү зін де Фа кти чес ки	Белокта р Белки	Майлар Жиры	Көмірс улар Углево ды	Құнарл ығы Калори йность	Құрамы ндағы С витами ні Содерж ание витами мина С	нәт иж еле рі Рез ульт атт ы исс лед ова ни я	жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О (при наличии) провадивше г о исс ледован ия
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
164-қосымша
Приложение 164
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Регистрационный номер	Дата поступления	Место отбора образца	Адрес	20оС	60оС	Привкус в баллах при 20оС	Цветность в градусах	дециметр (бұдан әрі-мг/л) Мутность (далее – мг/л) по стандартной шкале
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

pH	Калдық хлор мг/л Остаточный хлор		Калдық озон Остаточный озон мг/л	Тотығуы Окисляемость мгО ₂ /л	Аммиактың Аммиака мг/л	Нитриттердің Нитритов мг/л	Нитраттардың Нитратов мг/л	Жалпы керметтігі моль/л Общая жесткость	Құрғақ калдық мг/л Сухой остаток	Хлоридтер мг/л Хлориды
	Еркін Свободный	Байланған Связанный								
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Сульфаттар мг/л Сульфаты	Темір мг/л Железо	Мыс мг/дл Медь	Мырыш мг/л Цинк	Молибден мг/л	Күшәлә Мышыяқ	Қорғасын мг/л Свинец	Фторидтер, мг/л Фториды	Калдық алюминий мг/л Остаточный алюминий	Полиакрилами д мг/л	Полифосфаттар мг/л полифосфаты	Марганец мг/л
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Сурьма	Бен(а)пирен бромат	Цианид мг/дм ³	Калий, мг/л	Борий мг/л	Кальций, м	Магний, м	Сілтілік Щелочность	АПАВ	Гидрокарбонаттар Гидрокарбонаты	Мұнай өнімдері Продукты нефти
33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Жергілікті жағдайларға тән арнайы заттар, мг/дм ³ Специфические вещества, характерные для местных условий						
Сынап мг/л Ртуть	Кадмий мг/л	Бериллий (Be 2+) мг/л	Бор (В) мг/л	Селен (Se) мг/л	Никель (Ni) мг/л	Стронций мг/л
44	45	46	47	48	49	50

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Осы өңірге тән көрсеткіштер Показатели характерные для данного региона						Үлгілерге жүргізілген зерттеулер саны Количество исследований, проведенных в образце	Нәтиже берілген күн Дата выдачи результатов исследований
1, 2 дихлорэтан мг/л	Эпихлоргидрин мг/л	Тетрахлорэтилен и трихлорэтилен, мг/л	Тригалометаны общее содержание, мг/л	Винилхлорид, мг/л	Акрпиламин мкг/л		
51	52	53	54	55	56	57	58

Ескертпе (Примечание):

- 1) үлгіге зерттеудің барлық түрлері тіркелетін біртұтас зертханалық тіркеу нөмір беріледі (образцу придается единый лабораторный номер, под которым регистрируются все виды исследования);
- 2) су құбырларының су бөлетін желісінен, орталықтандырылған немесе орталықтандырылмаған сумен қамтамасыз ету көздерінің ауыз суын зерттеу көлемі көп болғанда жеке журналдар жүргізуге рұқсат етіледі (при большом объеме исследований питьевой воды из разводящей сети водопроводов, источников централизованного и децентрализованного водоснабжения допускается ведение самостоятельных журналов). Жер үсті су объектілерінің сынамаларына үлкен көлемді зерттеу жүргізгенде жеке журнал жүргізуге рұқсат етіледі. При большом объеме исследований образца воды поверхностных водных объектов допускается ведение самостоятельного журнала.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
166-қосымша
Приложение 166
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	министрінің 2021 жылғы "___" ___ №__ бұйрығымен бекітілген № 166/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 166/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

Топырақ үлгілерін және зерттеу нәтижелерін тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации образцов и результатов исследования почвы
Басталуы (Начат) "___" _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20 ж. (г.)

Үлгіні тіркеу нөмірі Регистрационный номер образца	Күні Дата		Үлгі алынған орын, мекен-жайы Место отбора образца ,адрес	Анықталатын көрсеткіштердің атауы Наименование определяемых показателей	
	Үлгі алынған Отбора образца	Зертханаға жеткізу Доставки в лабораторию		Ылғалдылығы % Влажность %	Жалпы азот % Общий азот %
1	2	3	4	5	6

Анықталатын көрсеткіштердің атауы
Наименование определяемых показателей

азот мг/кг			Органикалық көміртек органический углерод	Хлоридтер мг/кг Хлориды	Фторидтер мг/кг Фториды	Күшәла мг/кг Мышьяк	Қорғасын, (мг/кг) Свинец (мг/кг)
Нитриттер Нитриты	Нитраттар Нитраты	Аммонийлі Аммонийный					
7	8	9	10	11	12	13	14

Анықталатын көрсеткіштердің атауы
Наименование определяемых показателей

								Зерттеу жүргізіген адамның қолы, Т. А. Ә (
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Сы нап мг/ кг Рту ть	Мұнай өнімдер імі/кг Нефте- продук ты	Синтетикалық үстіңгі белсенді заттар (СБАЗ)мг /кг Синтетические поверхностно-ак тивные вещества (СПАВ)	Осы өңірге тән көрсеткіштер Показатели характерные для данного региона										Ескерту Примечание	бол ған жа ғда йда) Ф. И. О. (пр и нал ич ии) , по дп ись ли ца, пр ово див ше го исс лед ова ние
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26			

Ескертпе (Примечание): негізгі ингредиенттердің тізбесі өңірдің ерекшелігіне сәйкес анықталады
(перечень основных ингредиентов определяется в соответствии со спецификой региона)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
167-қосымша
Приложение 167
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды

		Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ № ___ бұйрығымен бекітілген № 167/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 167/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

Елді мекендердің атмосфералық ауа үлгілерін іріктеуді және зерттеуді тіркеу
ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации отбора и исследования образца атмосферного воздуха
населенных мест

Басталуы (Начат) "___" _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистр ационн ы й номер	Үлгі алынға н күн Дата отбора	Үлгі алынға н уақыт Время отбора	Елді-ме кеннің атауы Наимен ование населен ного пункта	Метеорологиялық жағдайлар Метеорологические условия				Жел Ветер		Ластан у көзі және ластану көзінен және үлгі алу орны арасын дағы кашықт ық Источн и к загрязн ения и расстоя ние от источн ика загрязн ения и место отбора	Анықта латын заттар Опреде ляемые вещест ва
				Атмосф ералық қысым Атмосф ерное давлен ие	Ауаның температурасы Температура воздуха		Салыст ырмалы ылғалд ылығы Относи тельная влажнос ть	Жылда мдығы Скорос ть			
					Құрғақ Сухого	Ылғалд ы Влажно го			Бағыты Направ ление		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

	Шекті рұқсат етілген	Анықталған (орташа тәуліктік концентрация мг/м3)	Орташа тәуліктік ШПК мг/м3	Іріктеу уақыты (сағ.,мин) Время отбора (час,мин)			Зерттеу жүргізуге негіз болған нормативтік құжаттаманың нормативная документация, согласно которой проводилось исследование	Зерттеу нәтижелері берілген күн	Зерттеу нәтижелері берілген күн
				Басталуы	Аяқталуы	Аспирация жылдамдығы, л/минутпен			
Анықталған бір реттік ең жоғары концентрация мг/м3	Ең жоғарғы реттік бір реттік	Анықталған (орташа тәуліктік концентрация мг/м3)	Орташа тәуліктік ШПК мг/м3	Начало	Конец	Скорость аспирации, в л/мин	Дата выдачи результата	Зерттеу нәтижелері берілген күн	Зерттеу жүргізген адамның (Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы Ф.И.О. (при наличии), подпись проводившего исследование)
Обнаруженная максимально-разовая концентрация мг/м3	Предельно допустимая концентрация (ПДК), максимальная разовая мг/м3	Обнаруженная средняя точная концентрация мг/м3	ПДК средняя точная мг/м3						
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Ескертпе: Ауа үлгісіне реттік бірегей зертханалық (тіркеу) нөмір беріледі, сорғыштар мен сүзгілер ауа үлгісін зерттеу хаттамаларында осы нөмір арқылы тіркеледі.

Примечание: Образцу воздуха придается порядковый единый лабораторный (регистрационный) номер, под которым регистрируются поглотители и фильтры в протоколах исследования образца воздуха.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
168-қосымша
Приложение 168
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

		Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 168/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 168/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Жабық үй-жайлардың және жұмыс аймағының ауасы үлгісін және оны зерттеу нәтижелерін беруді тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛІ регистрации образца и выдачи результатов исследования воздуха закрытых помещений и рабочей зоны

Басталуы (Начат) "___" _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20 ж. (г.)

Тірк еу нөмі рі Реги стра цион ный номе р	Нөмірле Номера		Алу күні Дата отбора	Тексерілет ін нысан атауы Наименов ание обследуем ого объекта	Метеорологиялық жағдайлар Метеорологические условия			Ара қашықтық м, см Расстояние в м, см		Үлгі алу уақыты Время отбора образца		Асп ирац ия жыл дамд ығы Скор ость аспи раци и л/ мин	
	Сорғ ышт арды ң, сүзгі лерд ің Погл отит елей , филь тров	Эски бой ынш ала нүкт елер інің Точе к отбо ра эски зу			Атм осфе ралы қ қыс ымы Атм осфе рное давл ение	Ауаның температурасы Температура воздуха	Сал ыст ырм алы ылға лды лық Отн осит ельн ая влаж ност ь	Еденнен От пола	Ластануке зінен От источника загрязнени я	Баст алуы Нача ло	Аяқт алуы Око нчан ие		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Анықталатын көрсеткіштің, зат ингредиентінің атауы, мг/м3 Наименование определяемого показателя,				Зерттеу нәтижелері мг/м3 Результаты исследования в мг/м3					Зерттеу әдістемесі		Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы Ф.И.О (при наличии), подпись		
				Анықталған концентрация									

ингредиента вещества в мг/м3	Обнаруженная концентрация	ШРК, ЗҚДА және басқалар ПДК, ОБУВ и другие	Методика исследования	проводившего исследование
15	16	17	18	19

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
169-қосымша
Приложение 169
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ _____ бұйрығымен бекітілген № 169/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 169/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Дезинфекциялайтын заттардың үлгілерін және зерттеу нәтижелерін беруді тіркеу
ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации образцов и выдачи результатов исследований
дезинфицирующих средств

Басталуы (Начат) " " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 ж. (г.)

Күні және уақыты Дата и время	Үлгіле рдің атауы						Зерттеудің жүргізу барысы Ход исследования				Зертте у жүргіз ген

Тіркеу нөмірі Регистр ационный номер	Үлгі алынған Отбор а образца	Зертханаға қабылдау Поступления в лабораторию	Үлгілердің концентрациясы Саны, көлемі Наименование и образца Концентрация образца Количество, объем	Үлгіні алған орын Место отбора образца	Зерттеу мақсаты Цель исследования	НҚ сәйкестігінің үлгіні зерттеу Исследования образца на соответствие НД	Бақыл ау штамдарының атауы Наименование контрольных штаммов	Препараттың концентрациясы Концентрация препарата	Бақыл ау штамдары Контрольные штаммы	Экспозициясы Экспозиция	Нәтижесі Результаты	Зерттеу нәтижесі Результаты исследования	адамның колы, Т.А.Ә (болған жағдайда), Ф.И.О (при наличии), подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
170-қосымша
Приложение 170
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 170/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы
 Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы

Медицинская документация
 Форма № 170/у
 Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Токсикологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации токсикологических исследований

Басталуы (Начат) "___" _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20 ж. (г.)

Тіреу нөмірі Регистрационны й 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 жүргізіген адамның қолы Т.А.Ә (болған жағдайда), Ф.И.О(при 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
 2021 жылғы " " _____
 №___ бұйрығына
 171-қосымша
 Приложение 171
 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ № ___ бұйрығымен бекітілген № 171/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 171/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" ___ 2021 года № ___

Полимерлік және басқа материалдар, олардан жасалған бұйымдар, химиялық заттар мен композициялар үлгілерін зерттеуді тіркеу **ЖУРНАЛЫ**

ЖУРНАЛ регистрации исследования образца полимерных и других материалов, изделий из них, химических веществ и композиций

Басталуы (Начат) "___" _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20 ж. (г.)

Үлгіге токсикологиялық зерттеулерді тіркейтін реттік бірыңғай зертханалық (тіркеу) нөмірі беріледі

(Образцу придается порядковый единый лабораторный (регистрационный) номер, под которым регистрируются токсикологические исследования).

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата		Үлгі алынған орын, ұйымның атауы, оның ведомстволық иелігі Место отбора, наименование организации, его ведомственная принадлежность	Бұйымның атауы Наименование изделия	Зерттеу қандай НҚ-ка сәйкес жүргізілді НД в соответствии с которой проводится исследование	Зерттеу нәтижелері Результаты исследования			Зерттеу жүргізген адамның аты жөні және қолы Подпись лица, проводившего исследование	Нәтижелерді алған адамның аты жөні және қолы Подпись лица, получившего результаты исследования
	Талдаудың басталуы Начало анализа	Талдаудың аяқталуы Окончания анализа				Көрсеткіш атауы Наименование показателя	Анықталған концентрация Обнаруженная концентрация	Рауалы Рұңсат ететін концентрация Допустимая концентрация		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___"
№ ___ бұйрығына
172-қосымша

Тіркеу нөмірі Регистр ацион ный номер	Үлгіні атауы Наименование образца	Үлгі алынған күн Дата отбора образца	Талдау жүргізілген күн Дата проведения анализа	Үлгі алынған орын, аудан, Местото отбора образца, районы	Үлгінің салмағы мен көлемі Вес и объем образца	Зерттелетін пестицидтер Исследуемые пестициды	қыштардың көрсеткіштері Показатели минеральных удобрений	Талдалар саны Количество анализов	көрсеткіштері Обнаруженные содержание показатели пестицидов и минеральных удобрений	ШРК мг/кг, МРЕД, мг/кг ПДК мг/кг, МДУ мг/кг	НҚ НД	н аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество(при наличии), подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
173-қосымша
Приложение 173
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 173/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 173/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Жарықтандыруды өлшеуді және зерттеу нәтижелерін беруді тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации измерений и выдачи результатов исследований
 освещенности

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Өлшеу күні Дата измерений	Объектінің атауы Наименование объекта	Өлшеуге арналған құралдар Приборы для измерения	Табиғи жарықтандыруды өлшеу нәтижелері Результаты измерений естественной освещенности					
				Жоғары жарықтану кезінде. При верхнем освещении		Бүйірінен жарық түсіру кезінде. При боковом освещении		Сыртқы жарық Наружная освещенность	ТЖК орташа мәні. КЕО среднее значение
ТЖК өлшенген. КЕО измеренное	Норма бойынша рұқсат етілген. Допустимая по нормам	ТЖК өлшенген. КЕО измеренное	Норма бойынша рұқсат етілген. Допустимая по нормам	ТЖК өлшенген. КЕО измеренное	Норма бойынша рұқсат етілген. Допустимая по нормам	ТЖК өлшенген. КЕО измеренное	Норма бойынша рұқсат етілген. Допустимая по нормам		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Жасанды жарықтандыруды өлшеу нәтижелері Результаты измерения искусственной освещенности			Біріккен жарықтандыру кезіндегі При совмещенном освещении	Нормалар бойынша рұқсат етілген Допустимая по нормам		Зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда), Ф.И.О (при наличии), подпись лица проводившего исследование			
Люкстердегі жарықтандыру, лк Освещенность в люксах	Нормалар бойынша рұқсат етілген, лк Допустимая по нормам, лк		Люкстердегі жарықтандыру, лк Освещенность в люксах						
11	12	13	14	15					

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы " " _____
 № _____ бұйрығына
 174-қосымша
 Приложение 174
 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

Тіркеу нөмірі Регистрацион- ный номер	Күні Дата	Нысан- ның атауы Наименование объекта	Цех, бөлім Цех, отдел	Жұмыс орында- рының саны Количе- ство рабочи- х мест	Электр лік құрамы бойын- ша, кВ/ м,В/м По электри- ческой состав- ляющей, кВ/м,В/ м	Құрамы ндағы магнит бойын- ша А /м , мкТл По магнит- ной состав- ляющей А /м, мкТл	Электр остатик алық өріс кВ/ м, Электр остатич- еское поле кВ /м	н у қарқын- дылығы ; ЭМӨ кернеу- лігі өндіріс- тік жиілік (50Гц) Интен- сивность : инфра- расного ; ультра- фиолет- ового; лазерно- го излуче- ния ; напряж- енность ЭМП промы- шленно- й частоты 50Гц) Вт/м2, Дж/м2,, кВ/м	Энерги- я ағысын ның тығыз- дығы Вт/ м 2 , МкВт/ см 2 Плот- ность потока энергии Вт/м2, МкВт/ см 2	Қолдан- ылған құралда- рдың атауы Наимен- ование исполь- зованны- х прибор- ов	Өлшеу жүргізіл- ген маманд- ардың тегі, аты, әкесінің аты. Фами- лия, имя, отчество специ- алиста, провод- ивших измере- ние
1	2	3	4	5	Өлшеу- лер саны, Измере- нное количе- ство/ ПДУ	Өлшеу- лер саны, Измере- нное количе- ство / ПДУ	Өлшеу- лер саны, Измере- нное количе- ство / ПДУ	Өлшеу- лер саны, Измере- нное количе- ство / ПДУ	Өлшеу- лер саны, Измере- нное количе- ство / ПДУ	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
176-қосымша
Приложение 176
к приказу
Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от " " _____ 2021 года

№ _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 176/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 176/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №__

Жеке дозиметрия нәтижелерін тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации результатов индивидуальной дозиметрии

Басталды (Начато) " " _____ 20__ ж (Г)

Аяқталды (Окончено) " " _____ 20__ ж (Г)

Тіркеу нөмірі Регистрацио нный номер	Күні, айы, жылы Дата	Шаруашыл ы қ субъектісіні ң, ұйымның атауы Наименован и е хозяйствую щ е г о субъекта, организац и	Дозиметрді ң (_____ кассетаның) нөмірі Номер дозиметра (_____ кассеты)	Құралдың көрсеткіште рі Показания прибора	Қайта есептеу коэффициен ті Коэффицие н т пересчета	Мөлшер, мЗв Доза, мЗв	Дозиметрис тің Қолы Подпись дозиметрис та
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы " " _____

№ _____ бұйрығына

177-қосымша

Приложение 177

1	2	3	4	5	6	7	8		
Зерттеу нәтижелері									
Результаты исследований									
Қосы нды альф а-бел сенді лік Сум марн ая альф а-акт ивно сть	Қосы нды бета- белс енділ ік Сум марн ая бета- акти вно сть	Ra-226	Th -232	K-40	Cs-137	Sч- 90	Pb-210	Басқ а изот опта р Друг ие изот опы	Дәрігер-зертхана шының қолы және Аты жөні, Ф.И.О (при наличии) и подпись врача- лаборанта
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
178-қосымша
Приложение 178
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 178/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а	Медицинская документация Форма № 178/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Радиометриялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации радиометрических исследований

Басталды (Начато) " ____ " _____ 20 ____ ж (г)

Аяқталды (Окончено) " ____ " _____ 20 ____ ж (г)

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	Тіркеу журналыбойы нша нөмірі Номер по журналу регистрации	Талдау жүргізілген күн Д а т а проведения анализа	Үлгінің атауы Наименовани е образца	Зерттелген үлгінің салмағы(көлемі), (кг, л) Масса (объем) исследованно й образца (кг, л)	Есептік үлгінің салмағы (м) М а с с а счетного образца (м)	Есептеу уақыты (с) Время счета(с)
1	2	3	4	5	6	7

Продолжение таблицы

Құралдың көрсеткіштері Показания прибора				Коофициен т Eff a	Коофициен т Eff в	Коофициен т Ktr	Үлгінің белсенділі гі Альфа - активност ь	Бета- активност ь
Счет фона по альфа - каналу	Счет фона по бета- канала	Счет образца с вычетом фона по альфа каналу	Счет образца с вычетом фона по бета- каналу					
8	9	10	11	12	13	14	15	16

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ "
№ ____ бұйрығына
179-қосымша
Приложение 179
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года
№ ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ №___ бұйрығымен бекітілген № 179/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 179/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Радиохимиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации радиохимических исследований

Басталды (Начато) "___" _____ 20__ ж (Г)

Аяқталды (Окончено) "___" _____ 20__ ж (Г)

Тіркеу нөмірі Регист рацион ның номер	Талдау жүргізілген күн Дата проведения анализов		Үлгін ің атауы Наим енова ние образ ца	Зерт елетін көрсет кіштердің тізбесі Переч ень иссле дуемых показ ателе й	Анық тау әдісі бойынша НҚ метод опред елени я	Зерт елінет ін үлгінің салма ғы Вес иссле дуемо й образ ца	Төсен іш салма ғы Вес подло жки	Тасу шының шығу ы (в) Выхо д носит еля (в)	Ыдыр ауға байла ныст ы түзет у Попр авка на распа д	Қонд ырғы ның сезгі штігі Чувст витель ность устан овки	Аяме н бірге үлгіні есепт еу жыда мдығы Скоро сть счета проб ы с фоно м	Аяны есепт еу жылд амды ғы Скоро сть счета фона	Үлгін ің белсе нділігі і Актив ность проб ы	НҚ бойы нша норма тив Норм атив по НД
	Баста луы Начал о	Аяқта луы Конеч е												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
180-қосымша
Приложение 180
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№___
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды

		Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 180/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 180/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Радиациялық бақылау және зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛІ регистрации радиационного контроля и исследований

Басталуы (Начат) "___" _____ 20 ж. (г).

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20 ж. (г).

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Объектінің атауы, мекенжайы Наименование объекта, адрес	Өлшеулер жүргізілетін орын Место проведения замеров	Өлшеулер мақсаты Цель измерения	Аймақтың табиғи гамма-аяның ЭМҚ (мкЗв/ч) МЭД естественного гамма-фонa местности(мкЗв/ч)	Дозаның өлшенген қуаты (мкЗв/час, н/сек) Измеренная мощность дозы (мкЗв/час, н/сек) Еденнен жоғары (топырақтан) На высоте от пола (грунта)		
					1,5м	1м	0,1м
1	2	3	4	5	6	7	8
ЭМҚ өлшеулерінің жалпы саны	Ауадағы радонның өлшенген, тең салмақты, баламалы, көлемді белсенділігі (Бк/м3) Равновесная, эквивалентная, объемная активность радона в воздухе (Бк/м3)			Радон өлшемін	Маманның қолы және тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество и подпись специалиста		
Общее количество замеров МЭД	Топырақ бетінен алынған радон ағымының өлшенген тығыздығы (мБк/ш.м.сек) Измеренная плотность потока радона с поверхности грунта (мБк/м2·сек)			Общее количество замеров радона			
9	10				11	12	

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы " " _____
 № _____ бұйрығына
 181-қосымша
 Приложение 181
 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 181/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 181/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Жергілікті жерде гамма-фонды тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации гамма-фона местности

Басталуы (Начат) " " _____ 20 ж. (г).

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 ж. (г).

Күні Дата	Өлшеу уақыты Время измерения	Дозаның қуаты мкЗв/сағ Мощность дозы, мкЗв/час	Ауа райы жағдайы туралы белгі Отметка о погодных условиях
1	2	3	4

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы " " _____
 № _____ бұйрығына
 182-қосымша
 Приложение 182

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Ауырған күні Д а т а заболевания	Зерттеу мақсаты Ц е л ь исследования	Күні дата			Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің а т ы , лауазымы және қолы Фамилия имя отчество, должность и подпись лица, проводившего исследование
		Зерттеудің басталған Начала исследования	Зерттеудің аяқталған Окончания исследования	Нәтижелердің берілген Выдачи результатов		
11	12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
183-қосымша
Приложение 183
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 183/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а	Медицинская документация Форма № 183/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Ішек инфекциялары тобына жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу
ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований на кишечную группу
инфекций

Басталды (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

Күні Дата	Реттік нөмірі Порядков ый номер	Тіркеу нөмірі Регистрацио нный номер	Тығыз орталарға тікелей себу Прямой посев наплотные среды		Қоректік ортадан себінді алу Высев со средыобогачения			Микроск опия
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Сәйкестендіруге арналған тесттер

Тесты для идентификации

Ла кт оз а	Глюкоза	Күкірт сутек Сероводо род	Уреаза	Индо л	Қозға лғыш тығы Подв ижно сть	Маннит	Сахароза	Симонс цитраты Цитрат Симонса	К ри ст ен сц ит ра ты Ц ит ра т К ри ст ен са	Ацетат	Фенилала нин	Л из ин
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Сәйкестендіруге арналған тесттер

Тесты для идентификации

Мало нат	Дульцит	Сорбит	Арабиноз	Ксилоз	Рамноз	Трегалоз	Мальтоз	Фогес-Прок ауэрреакцияс ы Реакция Фогес-Прок ауэра	Реакц ия смети ловы м красн ым
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32

Продолжение таблицы

Сәйкестендіруге арналған тесттер Тесты для идентификации							Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы Дата окончания исследования Ф.И.О (при наличии), подпись лица, проводившего исследование
Нитраттардың қалпына келуі Восстановление нитратов	Аргинин	Орнитин	Инозит	Фаголизис	Антигендік ұрылым Антигенная структура	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	
33	34	35	36	37	38	39	40

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
184-қосымша
Приложение 184
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 184/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы
 Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы

Медицинская документация
 Форма № 184/у
 Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

Стафилококқа жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ
 ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований на стафилококк

Басталды (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НК):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

Зерттеу жүргізілген күн Дата проведения исследования	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество обследуемого	Жасы Возраст	Жұмыс орны, мекен-жайы Место работы, домашний адрес	Үлгіні жіберген ұйым Организация, Направившая образец	Тығыз қоректену ортасында өсуі Микроскопия	Мироскопия
1	2	3	4	5	6	7	8
Ұқастыру тесттері Тесты идентификации					Зерттеу нәтижесі	Зерттеу аяқталған күн, зерттеу жүргізілген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы. Дата окончания	
Лецит				Үлпектің түзілуі			

ина з	Пи гме нт	Глицер ин	Ма нн ит	Мальто з	Ма ноз	Гал акт оз	Тре гал оз	Фо сфа таз	Кат ала з	Коагула з	хлопье образов ание	Ге мо лиз	Реа кци я Фо гес - Пр оск ауэ ра	Результ а т исследо вания	исследовани я, фамилия, и м я , отчество(при наличии), подпись проводивше г о исследовани е
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
185-қосымша
Приложение 185
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 185/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 185/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Дифтерияға микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований на дифтерию
Басталуы (Начат) " _____ " _____ 20 _____ ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) " _____ " _____ 20 _____ ж. (г.)

Пайдаланылган нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НК)

Используемая нормативная документация (далее - НД)

1. _____
2. _____

Күні Дата	Реттік нөмірі Порядко вый номе р	Тіркеу нөмірі Регистрационны йт номер	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество обследуемого					Жасы Возраст	Жұмыс орны, мекен-жайы Место работы, домашний адрес	Үлгіні жіберген ұйым Организация, направившая образец		
1	2	3	4					5	6	7		
Коректену ортасы, өсу сипаты Питательная среда, характер роста	Мик роск оппе н зерт теу Мик роск опия	Глюкоза	Саха роза	Крах мал	Уреа за	Цист иназ а	Мальтоза	Ксилоза	Гликоген	Фру ктоз а	Нит ратт ар дың нитр ит терг е тоты қсыз дану ы Восс тано в лени е нитр атов в нитр иты	
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	

Продолжение таблицы

Уыттандыру қасиеттері Токсигенные свойства												
Тест Элека через 20 часов 20 сағаттан кейін жүргізілген Элек тесті			Тест Элека через 48 часов 20 сағаттан кейін жүргізілген Элек тесті					Зертеу жүргізген адамның аты, әкесінің аты (болған жағдайда) , лауазымы және колы Фамилия, имя, отчество(при наличии), должность и				
								Зерттеу нәтижелері Результаты				

		метод ПЦР ПТР әдісі	исследования	подпись лица, проводившего исследование
20	21	22	23	24

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
186-қосымша
Приложение 186
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 186/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 186/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Кенелердің, жәндіктердің түрлік тиістілігін анықтауды тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации определения видовой принадлежности клещей, насекомых.

Басталуы (Начат) " " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Жиналған кенелер Собрано клещей		
	Барлығы Всего	Кенелердің түрі Виды клещей	Тексерілген қорлар саны Число обследованных пулов

1	2	3	4
---	---	---	---

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
187-қосымша
Приложение 187
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 187/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 187/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Көкжөтел мен көкжөтелге ұқсас ауруларға жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований на коклюш и паракоклюш

Басталуы (Начат) " _____ " _____ 20 _____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " _____ " _____ 20 _____ ж. (г.)

Пайдаланылған нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НҚ)

Используемая нормативная документация (далее - НД)

1. _____
2. _____

				Жұмыс	
--	--	--	--	-------	--

Күні Дата	Тіркеу нөмірі	Регистрацио нный номер	Тексерілуші адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), Фамилия, имя, отчество (при наличии), обследуемого					Жасы Возра ст	немес е оку орны, мекен жайы Мест о работ ы или учебы , дома шний адрес	Дифференци алды орталарда өсуі Рост надифферен циальных средах
Микр оскоп пен зертте у Микр оскоп ия	Уреза	Қарапайым агардағы өсуі Рост на простом агаре	Тираз инді ЕПА- да өсуі Рост наМП А с тираз ином	Қозға лғыш тығы Подв ижно сть	Цитра тты жоюы Утил изаци я цитра та	Серол огиял ы к типте у Серот ипиро вание	Зертт е у нәтиж есі Резул ьтат иссле дован ия	Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты және қолы Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество и подпись проводившего исследование		
8	9	10	11	12	13	14	15	16		

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
188-қосымша
Приложение 188
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ _____

												делени	
1	2	3				4	5	6	7	8	9	10	11
Сәйкестендіруге арналған тесттер (Тесты для идентификации)												Зерттеу	
Пигменттің түзілуі Образование пигмента	Капсуланың болуы Наличие капсулы	Оксид аза	Каталаза	Глюкоза н / Глюкоза	Лактоза н / Лактоза	Мальтозаның / Мальтоза	1% сахарозаның / 1% сахароза		Фруктозаның / Фруктоза	5% -ды сахароза ерітінділі агарда полисахаридтің түзілуі Образование полисахарида на агаре с 5 % раствором сахарозы	Серологиялық типтеу Серотипирование	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Дің аяқталған күні, айы, жылы Зерттеу жүргізілген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы және қолы. Дата окончаний исследования, фамилия, имя, отчество (при наличии), , должностъ и подпись лица, проводившего исследование.
12	13	14	15	16	17	18	19		20	21	22	23	24

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
189-қосымша
Приложение 189
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан

от " " _____ 2021 года

№ _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 189/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 189/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Тағам өнімдерінің үлгілеріне микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований образцов пищевых
продуктов

Басталуы (Начат) " " _____ 20 ____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 ____ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____
2. _____

Күні, уақыты Дата, время	Үлгінің атауы	МАШАнМС КМАФAnM	Ішек таяқшалары тобындағы бактериялар Бактерии группы кишечных палочек (БГКП) и E.coli				Сәйкестендіру тесттері Т е с т ы идентификации
	’ алынғ а н орны, алған адамн ы н лауаз ымы, Т.А.Ә (Өскен колон					

Сына малар нөмір і Номер а проб	Тірке у нөмір і Регис траци онны й номер	Алын ған Отбо ра	Зертх ана кабыл данға н Посту плени я в лабор атори ю	Зертт еудің баста лған Начал о иссле дован ия	болға н жағда йда) Наим енова ние образ ца, место отбор аФ.И. О (при налич ии) отобр авшег о образ ец	Себу көлем і Засев аемы объем ы	иялар дың саны Коли честв о вырос ших колон ий	Себу көлем і Засев аемы й объем	Жина лу ортас ында өсуі Рост на среда х накоп ления	Эндо ортас ында өсуі Рост на среде Эндо	Микр оскоп ия	Окси даза	Глюк оза	Симо нса
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Патогенді энтеробактерияларға зерттеу, оның ішінде сальмонеллалар Исследование на патогенные энтеробактерии, в том числе сальмонеллы											
Жиналу орталар ындағы себілеті н көлем Засевае мый объем на среда накопл ения	Тығыз коректе нуортас ында өсуі Рост на плотны х средах	Микрос копия	Оксида за	Лактоза	Глюкоз а	Күкіртс утек / Серово дород	Уреза	Қозғалғ ыштығ ы / Подвиж ность	Индол	Цитрат ты жою Утилиз ация цитрата	Лизинд екарбок силаза
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы " " _____

№ _____ бұйрығына

190-қосымша

Приложение 190

к приказу Министра
здравоохранения

Республики Казахстан

от " " _____ 2021 года

№ _____

Нысан

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 190/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 190/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__

Су үлгілеріне жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛІ 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 Регистрац ионный номер	Күні, уақыты Дата, время			Үлгі алынған орын, объект Объект, место отбора образца	Зерт теу мақ саты Цели сле дования	МЖС(микробтардың жалпы саны) ОМЧ (обще микробное число)	
		Алынған Отбора	Зертхана кабылдаға н поступлен и я в лаборатор ию	Зерттеудің басталуы Начало исследова ния			Себу көлемі Засеваемы й объем	Өскен колонияла рдың саны Количество выросших колонии
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Продолжение таблицы

Колиформды бактерияларға зерттеу Исследования на колиформные бактерии	Коли-фагтар Коли-фаги	Сульфит түзуші кlostридиялар Сульфитредуци-рующие кlostридии

Себу көлемі Засеваемый объем	ЛПС-те өсуі Рост на ЛПС	Эндо ортасында өсуі Рост на среде Эндо	Микроскопия	Оксидазалы тест Оксидазный тест	37ҒС кезіндегі лактоза Лактоза при 37ҒС	44ҒС кезіндегі лактоза Лактоза при 44ҒС	Себу көлемі Засеваемый объем	Өскен БОЕ саны Количество выросших БОЕ	Себу көлемі Засеваемый объем	Вильсон-Блер ортасында өсуі Рост на среде Вильсон-Блер	Микроскопия
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

стафилококка зерттеу: исследование на стафилококк				Ps.aeruginosa зерттеу Исследования на Ps.aeruginosa			
Себу көлемі Засеваемый объем	Тығыз ортада өсуі Рост на плотных средах	Микроскопия	Плазмакоагуляция	Себу көлемі Засеваемый объем	Тығыз орталарда өсуі Рост на плотных средах	Микроскопия	Оксидазалы тест Оксидазный тест
22	23	24	25	26	27	28	29

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Патогенді энтеробактерияларға зерттеу Исследование на патогенные энтеробактерии										
Себу көлемі Засеваемый объем	Тығыз орталарда өсуі Рост на плотных средах	Микроскопия	Оксидаза	Лактоза	Глюкоза	Күкіртсутегі Сероводород	Уреаза	Қозғалғыштығы Подвижность	Цитратты жою Утилизация цитрата	Маннит
30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40

Продолжение таблицы

Патогенді энтеробактерияларға зерттеу Исследование на патогенные энтеробактерии								Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы Дата Окончания
Рамноза	Рафиноза	Мальтоза	Дульцит	Ксилоза	Лизин	Орнитин		

						Аргинин			исследов ания, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись лица, проводив шего исследов ание
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
191-қосымша
Приложение 191
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 191/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 191/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Топырақ үлгілерін микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛІ регистрации микробиологических исследований образцов почвы

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Сәйкестендіру тесттері Тесты идентификации											
Микроскопия	Оксидаза	Күкіртсутек / Сероводород	Уреаза	Лактоза	Глюкозадағы газ Газ в глюкозе	Индол	Симонсцитраты Цитрат Симонса	Қозғалғыштығы Подвижность	Сахароза	Натрий ацетаты Ацетат натрия	Фенилаланин езаминаза
33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44

Продолжение таблицы

Сәйкестендіру тесттері Тесты идентификации							Зерттеу нәтижесі Результатис следования	Талдау аяқталған күн, айы, жылызерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы және қолы. Дата окончания анализа, фамилия и имя отчество (при наличии), должность и подпись лица, проводившего исследование
Лизин	Фогес-Проккауэр реакциясы Реакция Фогес-Проккауэра	Нитраттардың қалпына келуі Восстановление нитратов	Аргинин	Орнитин	Рамноза	51		
45	46	47	48	49	50	51	52	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
192-қосымша
Приложение 192
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан

Тіркелу нөмірі	Регистрационны й номер	Күні Дата	Наименование объекта	Шайынды алынған орын Местозия Смыва	Орталардың атауы Наименование сред	Ортада өсуі Рост на среде	Лецитиназа	Микроскопия	Плазма коагулаза	Маннит	Мальтоза	Орталардың атауы Наименование сред	Ортада өсуі Рост на среде	Тығыз ортада өсуі Рост на плотных средах	Микр
----------------	------------------------	--------------	----------------------	---	---------------------------------------	------------------------------	------------	-------------	------------------	--------	----------	---------------------------------------	------------------------------	---	------

														оскоп ия
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										Зерттеу нәтижелері Результаты исследования			Зертте удің аяқтал ған кү ні, айы, жылы зертте у жүргіз ген адамн ың колы, тегі, аты, әкесін ің аты (болға н жағда йда), Дата оконч ания исслед овани я, фамил ия, имя, отчест во (при налич ии) и подпи с ь лица, прово дивше го исслед овани я	
Сәйкестендіру тесттері Тесты для идентификации														
Ортал ардың атауы Наиме нован и е сред														
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы " " _____
 № _____ бұйрығына
 193-қосымша
 Приложение 193
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 193/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 193/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Ауа үлгілеріне жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ
 ЖУРНАЛІ 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)

- _____
- _____

		МЖС-ын ((микробтың жалпы санын) тексеру: Стафилококка тексеру: Исследование на ОмЧ (общее микробное число) Исследование на стафилококки:
--	--	--

Тіркеу нөмірі Регистрационны й номер	Үлгіалу күні, уақыты Дата, время отбора образца	Үлгі алынған ұйым, орын Организ ация, место отбора образца	Үлгі алынған жер Место отбора образца	Экспозициясы, жылдамдығы Экспозиция, скорость Жіберілген ауаның көлемі Объем пропущенного воздуха	Колониялардың жалпы саны Общее число колоний	Экспозициясы, жылдамдығы Экспозиция, скорость Жіберілген ауаның көлемі Объем пропущенного воздуха	Колониялардың жалпы саны Общее число колоний	Лецитин аза	Микрос копия	Плазмак оагуляц ия
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Өнезге тексеру: Исследование на плесень		Зерттеу нәтижелері Результаты исследования			Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы.
Экспозициясы, жылдамдығы Экспозиция, скорость Жіберілген ауаның көлемі Объем пропущенного воздуха	Колониялардың жалпы саны Общее число колоний	1 мi микроорганизмдер саны Количество микроорганизмов в 1 мi			Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись лица, проводившего исследование.
		Жалпы Общее	Алтын түстес стафилококк Золотистый стафилококк	Өнез плесень	
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____

№ _____ бұйрығына
194-қосымша

Приложение 194
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года

№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

ный номер	i Дата	ци, место взятия образца	маркировка, ч и с л о образцов		кол они й							ско пия
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		

Зерттеу: / Исследование на:

S.aureus		Ps.aeruginosa			Salmonella		Зең және ашытқы саңырауқұлақтары Плесневые и дрожжевые грибки		
Себу көлемі Засеваемый объем	Қоректік ортада ө с у сипаты Характер роста на среде	Себу көлемі Засевае мый объем	Қоректік ортада өсу сипаты Характер роста на среде	оксидазд ы тест оксидазн ый тест	Себу көлемі Засеваем ы е объемы	Қоректік ортада ө с у сипаты Характер роста на среде	Себу көлемі Засеваем ы е объемы	Қоректік ортада ө с у сипаты Характер роста на среде	
13	14	15	16	17	18	19	20	21	

Продолжение таблицы

Зерттеу: / Исследование на:					Зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты , (болған жағдайда), лауазымы және қолы Дата окончания исследован ия, фамилия , имя, отчество (п р и наличии), должность и подпись лица,
Анаэробтар Анаэробы			Аэробтар Аэробы		
Себу көлемі Засеваемый объем	Жиналу ортасында өсуі Рост на средах накопления	микроскопи я	Себу көлемі Засеваемый объем	Жиналу ортасында өсуі Рост на средах накопления	
					Зерттеу

					Микроскоп ия	нәтижесі Результат исследован ия	проводивше г о исследован ие
22	23	24	25	26	27	28	29

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
195-қосымша
Приложение 195
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 195/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 195/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Стерильділікке жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований на стерильность

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационны й номер	Күні дата	Үлгі алынған орын, ұйым Организация, место взятия образца	Үлгіні өңдеу және себу жүргізілген күн, Обработка образца и дата посева	Зерттеу: / Исследование на:			
				Анаэробтар Анаэробы		Аэробтар Аэробы	
				Қоректе н у орталар ындағы ө с у сипаты Характе р роста н а питател ьных средах	Морфол огия	Қоректе н у орталар ындағы ө с у сипаты Характе р роста н а питател ьных средах	Морфол огия
1	3	4	5	6	7	8	9
Зең және ашытқы саңырауқұлақтары Плесневые и дрожжевые грибки		Зерттеу нәтижесі Результат исследования		Зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), және қолы Дата окончания исследования. Фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись лица, проводившего исследование			
Қоректену орталарындағы су сипаты Характер роста на питательных средах	Морфология Морфология						
10	11	12	13				

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
196-қосымша
Приложение 196
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды

		Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № ___ бұйрығымен бекітілген №196/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 196/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

Жұқпалы материалдар қозғалысын есепке алу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ учета движения заразного материала

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____
2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Зерттеу түрі (үлгілер мен Өсірінділердің атауы) Вид исследования (наименование образца в, культуру)	Түскен үлгілер мен 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	Себілді	Жойылды	Күннің соңына қарай	Күн басталар	Жұқтырғаны	Өлгені немесе жойылғаны	Күннің соңына қарай	
5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің

Порядко в ы й номер	Номер штамма	культур ы в латинск о й транскр ипции	Дата выделен ия	выделен ия	Адрес и дата взятия образца	Способ выделен ия	Типично с т ь штамма *	Биотип штамма	Судьба штамма **	ения Ф.И.О (при наличии), подпись проводи вшего исследо вание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

* - өсірінді сәйкес келмесе, мына белгілерін көрсетіңіз

(при атипичности указать эти признаки):

** - жойылу, күні, акт №; мұражайға, коллекцияға, орталыққа және т. б. берілген күні, (уничтожение, дата, № акта; передан в музей, коллекцию, центр и так далее, дата)

I-II топтағы өсірінділер үшін жойылған немесе сақтауға берілген объектілердің санын көрсетіңіз (для культур I-II групп указать количество объектов, уничтоженных или переданных на хранение)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ " _____
№ ____ бұйрығына
198-қосымша
Приложение 198
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года
№ ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " ____ № ____ бұйрығымен бекітілген №198/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы		Медицинская документация Форма № 198/у

Наименование государственного
о р г а н а
санитарно-эпидемиологической
службы

Утверждена приказом Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от " ____ " _____
2021 года №

Зерттелуге түскен Өсірінділерді тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации культур, поступивших на исследования

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Қабылданған күні Дата поступления	Өсіріндінің атауы Наименование культуры	Өсірінді салынған сыйымдылықтың (сынауықтардың, ампулалардың және басқалардың) түскен 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 құжаттамаың нөмірі Номер исходящей документации
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ " _____
№ ____ бұйрығына
199-қосымша
Приложение 199
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года
№ ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды
Код формы по ОКУД _____

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № ___ бұйрығымен бекітілген № 199/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 199/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

Өсірінділер мен ұйттарды ұйымнан тыс босатуды есепке алу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ учета отпуска культур и токсинов за пределы организации

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НК)

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 культурами (вид упаковки)	Өсіріндінің жіберілген күні. Шығыс құжаттамаың нөмірі Дата отпуска культур. Номер исходящей документац ии	Өсіріндіні алған адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), сенімхаты, жеке куәлігінің нөмірі Ф.И.О (при 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
2021 жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығына
200-қосымша

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	у күні, айы, жылы Дата приготовления питальной среды	Бақылау жүргізілген күн Дата проведения контроля	Коректік ортаның атауы Наименование питальной среды	ортаның мөлшері, литрмен Количество приготовленной питальной среды, в литрах	сериясы және дайындалған күні Серия и дата приготовления питательной среды	Индикаторлық бакылау штаммы Контроль ный индикаторный штамм	ортаның стерильдігін бакылау Контроль стерильности питательной среды	Дайындалған ортаның рН-ы рН приготовленной среды	Индикаторлық штаммы нң өсу сипаты Характер роста индикаторного штамма	адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы Заклучение о приготовленности среды . Ф.И.О (при наличии) , подпись лица проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
201-қосымша
Приложение 201
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ _____ № ___ бұйрығымен бекітілген № 201/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы	Медицинская документация Форма № 201/у

Наименование государственного
о р г а н а
санитарно-эпидемиологической
службы

Утверждена приказом Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от " ____ " _____
2021 года №

Мұражайлық өсірінділер қозғалысын есепке алу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ учета движения музейных культур

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Тіркеу нөмірі Регист рацион ный номер	Микро бтың латын транск рипция сында Ғы атауы Наиме новани е микро ба в латинс кой транск рипци и	Ерекш е атаула ры Особы е назван ия	Штам м нөмірі Номер штамм а	Бөліну көзі Источ ник выделе ния	Бөліну күні Дата выделе ния	Бөліну орны Место выделе ния	Зертте у жүргіз ген адамн ы н Т.А.Ә (болған жағдай да), лауазы мы Ф.И.О (при наличи и), должн ость лица, провод ившего исслед ование	Штам мды жіберг е н ұйымн ы н атауы Наиме новани е органи зации, направ ившей штамм	Штам м бар ыдыст ардың саны Колич ество емкост ей со штамм ами	Түскен күні Дата поступ ления	Штам мы жою туралы белгі Отмет ка об уничто жении штамм а	Ескерт пе Приме чание

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ " _____
№ ____ бұйрығына
202-қосымша
Приложение 202
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года
№ ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

		Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 202/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 202/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

Аса қауіпті инфекциялар зертханасына келушілерді тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации посетителей лаборатории особо опасных инфекций

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (Г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____
2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	Келген күні мен уақыты Дата и время посещения		Келушінің Т.А.Ж. Ф.И.О. посетителя	Жұмыс орны Место работы	Келу мақсаты Ц е л ь посещения	Ілесуші адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы, қолы Ф.И.О (при наличии), должность, подпись сопровождаю щего лица
	Бастап С	Дейін До				
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№__ бұйрығына
203-қосымша
Приложение 203
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан

1	2	3	4	5	6	7	8
Зерттеу басталған күн Дата начала исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования				Зерттеу аяқталған күн Дата окончания исследования	Зерттеу жүргізген адамның қолы (Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы) Подпись проводившего исследование (Ф.И.О (при наличии), должность)	Зерттеу нәтижесін алу күні және алған адамның қолы (Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы) Дата и Ф.И.О (при наличии), подпись получившего результата исследования
	Бактериологиялық Бактериологического	Серологиялық Серологического	Биологиялық Биологического	Генетикалық Генетического			
9	10	11	12	13	14	15	16

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№__ бұйрығына
204-қосымша
Приложение 204
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 204/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а	Медицинская документация Форма № 204/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Қалбырдағы тағамдарға жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу
ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований консервов

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

- _____
- _____

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистра ционны й номер	Өнімнің атауы, алынған сынаман ы қайдан және кім әкелген Наимен ование продукт а , откуда доставле н и кем взят образец	Себу көлемдері Засеваемые объемы	Себілген көлемде р мөлшері Количес т в о засеянн ы х объемов	Микроорганизмде рдің жалпы санын анықтау Определе ние о б щ е г о количества микроорганизмов	МАШАнМ-ді анықтау Выявление МАФанМ		
						Грам әдісі бойынш а микроск опия Микрос копия п о Граму	Каталаз д ы қ белсенді лігі Каталаз н а я ктивнос ть	Споранг ийлерді ң сипаты Характе р споранг и
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Міндетті мезофил ді анаэроб тарды 5- 3 0 тәулікте анықтау Выявлен и е мезофил ьных облигат ных анаэроб	Жылу сүйгіш аэробты және факульт ативтік анараэр обты микроор ганизмд ерді анықтау Выявлен и е термофи льных аэробны х и факульт	Жылу сүйгіш анараэр обты микроор ганизмд ерді анықтау Выявлен и е термофи льных анаэроб ных микроор	Ботулин уытын анықтау Выявление ботулинических токсинов	Ботулиз м коздырғ ышын анықтау Выявлен и е возбуди теля ботулиз ма	Басқа зерттеулер Д р у г и е исследования	Зерттеу нәтижел ері Результ т исследо вания	Зерттеу аяқталға н күні, айы, жылы Зерттеу жүргізге н адамның Т.А.Ә. (болған жағдайд а), қолы Дата окончан и я исследо вания Ф.И.О (п р и наличии	Грам әдісі бойынш а микроск опиясы Микрос копия

ов 5-30 суток	ативных анаэроб ных микроор ганизмо в	ганизмо в) . , подпись лица, проводи вшего исследо вание	п о Граму
10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Каталаз дық белсенді лігі Каталаз на я активно сть	Споранг ийлерді ң сипаты Характе р споранг и	Сульфидті түзу мүмкінді ігі Сульфит редуцир ующая способн ость	Кокктар дың, ашытқы лардың және басқалар дың болуы Наличие кокков, дрожже й и других						
19	20	21	22						

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№__ бұйрығына
205-қосымша
Приложение 205
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 205/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы
 Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы

Медицинская документация
 Форма № 205/у
 Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Пайдаланылған материалды зарарсыздандыруды тіркеу ЖУРНАЛЫ
 ЖУРНАЛІ регистрации обеззараживания отработанного материала

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

Күні Дата	Автоклавтың маркасы, нөмірі Марка, номер автоклава	Зарарсыздандырылатын бұйымдар Обеззараживаемые изделия		Қаптамасы Упаковка	Зарарсыздандыру уақыты, минутпен Время обеззараживания в мин.		Режим Режим		Бақылау тесті Тест-контроль			Маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы және қолы Ф.И.О (при наличии), должность и подпись специалиста, проводившего обеззараживание
		Атауы Наименование	Саны Количество		Басталуы Начало	Аяқталуы Конец	Қысымы Давление	Қызуы Температура	Биологиялық Биологический	Термиялық Термический	Химиялық Химический	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы "___" _____
 №___ бұйрығына
 206-қосымша
 Приложение 206
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан

1	2	3	4	5	6	7	8	9				
исследова ния												
Пассивті гемагглютинация реакциясы (ПГАР) Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на:												
ОЗ ие рс ин ио	О 9 иерсиниоз	Жалған туберкуле зге	Кристенсе н и иерсиниоз ы	Листе риозға	Лепто спиро зға	Пасте реллез ге	Күйдіргіге Сибирску ю язvu	Туляреми яға	Сарып қа	Бөртп е сүзекк е Сыпн ой тиф	Қосы мша инфек цияла р Допол нител ьные инфек ции	
ОЗ ие рс ин ио з	О 9 иерсиниоз	Псевдоту беркулез	Кристенсе ни	Листе риоз	Лепто сприоз	Пасте реллез		Туляреми ю	Бруце ллез			
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Сарыпқа На бруцеллез			Риккетсиозға жүргізілетін комплементті байлау реакциясы (КБР) Реакция связывания комплемента (РСК) на риккетсиоз:				Лептоспи ро з антигенім е н жүргізілге н РМА РМА с лептоспир озным антигеном		Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы және қолы Ф.И.О (при наличии), должность и подпись специалиста, проводившего исследование			
Хеддл ьсон реакц иясы Реакц ия Хеддл ьсона	РозБенгал үлгісі Проба РозБенгал	Р а й т реакциясы Реакция Райта	Бернет	Сибир ик	Музер	Прова чек						
22	23	24	25	26	27	28	29	30				

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№__ бұйрығына
207-қосымша
Приложение 207
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды

		Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 207/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 207/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

Биологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛІ регистрации биологических исследований

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

- _____
- _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Жануарлар түрі Вид животных	Жұқтыру күні Дата заражения	Жұқтыру жолы Способ заражения	Биологиялық сынаманың нәтижесі Результат биологической пробы		Патологоанатомиялық картина Патологоанатомическая картина
				Өлгені Пало	Өлтірілгені Убито	
1	2	3	4	5	6	7
Жағындыларды, ішкі органдарды микроскоппен карау Микроскопия мазков, отпечатков внутренних органов	Ішкі органдарды микробиологиялық зерттеу Микробиологическое исследование внутренних органов	Ішкі органдарды серологиялық зерттеу Серологическое исследование внутрен	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн Дата окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы Ф.И.О (при наличии), подпись специалиста,	

		них органов			проводившего исследование
8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№__ бұйрығына
208-қосымша
Приложение 208
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 208/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 208/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

**Иммундық-биологиялық препараттардың белсенділігін бақылау ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛІ контролю активности иммунобиологических препаратов**

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

- _____
- _____

		Имунобио логиялық препаратты				Бақылау жүргізген адамның
--	--	------------------------------------	--	--	--	---------------------------------

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Иммунологиялық препараттың атауы Наименование иммуно-биологического препарата	н 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	Т.А.Ә болған жағдайда), лауазымы, қолы Ф.И.О (при наличии), должность, подпись проводившего контроль
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№__ бұйрығына
209-қосымша
Приложение 209
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 209/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 209/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

Дезинфекциялауды (шайындыларды) зертханашілік бақылау ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛІ внутрिलाбораторного контроля качества дезинфекции (смывы)
Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы(Окончен) " " _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НК):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні, айы, жылы Дата, месяц, год	Нысан ның атауы Наименование объекта	Шайы нды алынған орын Место взятия смыва	Стафилококкқа тексеру Исследование на стафилококк													
				Орталардың атауы Наименование среда	Сәйкестендіруге арналған тесттегілер Тесты для идентификации												
					Ортада өсуі рост на среда	лецитин наза	Микроскопия	Плазмакоагулаза	Маннит	Мальтоза							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11							
ІТТБ-на (ішек таяқшалары тобындағы бактерияларға) тексеру Исследование на БГКП (бактерии группы кишечной палочки)		Басқа микроорганизмдерге зерттеу Исследование на другие микроорганизмы			Зерттеу қорытындылары Результаты исследования					Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл, зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) Дата окончания исследования, Ф.И.О(при наличии), подпись лица, проводившего исследования							
Орталардың атауы Наименование среда	Сәйкестендіруге арналған тесттер Тесты для идентификации		Орталардың атауы Наименование среда		Сәйкестендіруге арналған тесттер Тесты для идентификации												
	Ортада өсуі рост на плотных средах	Тығыз ортада өсуі рост на плотных средах	Микроскопия	Плазмакоагулаза	Маннит	Мальтоза											
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы " ____ " _____
 № ____ бұйрығына
 210-қосымша
 Приложение 210
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " ____ " _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 210/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 210/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____

Ауаны зертханашілік 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	Үлгіні алу күні, айы, жылы, уақыты	Үлгініал у орны	Үлгіні алу әдісі	ЖМС зерттеу: Исследование на ОМЧ		Стафилококкқа зерттеу: Исследование на стафилококки:			
				Экспози циясы, жылдам дығы Жіберіл г е н	Колония лардың	Экспози циясы, жылдам дығы Жіберіл г е н	Колония лардың		

Регистрационны й номер	Дата, время отбора образца	Место отбора образца	Метод отбора образца	ауаның көлемі Экспозиция, скорость Объем пропущенного воздуха	жалпы саны Общее число колоний	ауаның көлемі Экспозиция, скорость Объем пропущенного воздуха	жалпы саны Общее число колоний	Лецитин аза	Микроскопия	Плазмак оагуляция
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Өнезге зерттеу: Исследование на плесень		Зерттеу нәтижелері Результаты исследования			Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы Дата окончания исследования. Ф.И.О (при наличии), подпись лица, проводившего исследование
Экспозициясы, жылдамдығы Жіберілген ауаның көлемі Экспозиция, скорость Объем пропущенного воздуха	Колониялардың жалпы саны Общее число колоний	1 м3-гі микроағзалардың саны Количество микроорганизмов в 1 м3			
		Жалпы	Общее	Алтын түстес стафилококк Золотистый стаафилококк	Өнез Плесени
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ " _____
№__ бұйрығына
211-қосымша
Приложение 211
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	министрінің 2021 жылғы "___" ___ №__ бұйрығымен бекітілген № 211/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 211/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__

Адамдардан іріктелген үлгілерді серологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации серологических исследований образцов от людей
Басталуы (Начат) "___" _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20 ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НҚ):

Используемая нормативная документация (далее - НД):

- _____
- _____

Тіркеу нөмірі Регистрация номеры	Зерттеулер жүргізілген күн, ай, жыл Дата проведения исследования	Зерттеу мақсаты Цель исследования	Пассивті гемагглютинация реакциясы (ПГАР) Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на:											
			О 3 иерси ниозға О 3 иерси ниоз	О 9 иерси ниозға О 9 иерси ниоз	Жалған туберкулезге Псевдо туберкулез	Кристенсен иерси ниозы на Иерси ниоз Кристенсен и	Листериозға Листериоз	Лептоспирозға Лептоспироз	Пастереллезге Пастереллез	Күйдіргіге Сибирскую язву	Туляремияға Туляремию	Сарыпқа Бруцеллез	Бөртпеле сүзекке Сыпной тиф	Дербес толтырылады Заполняется самостоятельно
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Сарыпқа На бруцеллез																
Хеддльсон реакциясы Реакция Хеддльсона							РозБенгал сынаамасы Проба РозБенгал					Райт реакциясы Реакция по Райта				
16							17					18				
Риккетсиозға КБР РСК на риккетсиоз										Лептоспироз					Зерттеу жүргізілген адамның қолы, Т.А.Ә. (болған)	

Бернет	сибирик	Музер	Провачек		антигені мен жүргізілген РМА РМА с лептоспирозным антигенам	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата окончания исследования	жағдайда) , лауазымы Подпись, Ф.И.О (при наличии), должность лица, проводившего исследования
20	21	22	23	24	25	26	26

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
212-қосымша
Приложение 212
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 212/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 212/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

Адамдардан іріктелген материал үлгілерінің микробиологиялық зерттеулерін тіркеу
ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований образцов материала
от людей _____ (инфекция түрі) (вид
инфекции)

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НҚ):

Используемая нормативная документация (далее - НД):

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі Регист рацио нный номер	Үлгіні жіберг ен ұйымн ың атауы Наиме нован и е орган изаци и , напра вивше й образе ц	Күні, айы, жылы Дата, месяц, год		Зертте лушіні н Т.А.Ә (болға н жағда йда), Ф.И.О (при налич ии) обсле дуемо го	Жасы Возра ст	Мекен -жайы Адрес прожи вания	Жұмы с орны, лауаз ымы Место работ ы , должн ость	Диагн озы, ауырг ан күні, айы, жылы Диагн оз, дата заболе вания	Зертте у мақса ты Цель исслед овани я	Зертте лінеті н матер иал Иссле дуемы й матер иал	Зертте у нәтиж елері Резуль тат исслед овани я	Нәтиж е берілг ен күн , ай, жыл Дата выдач и резуль тата	Зертте у жүргіз ген адамн ың қолы, тегі, аты, әкесін ің аты Фами лия имя отчест во,, подпи с ь лица прово дивше го исслед овани е
		Үлгіні намен кабыл данған Посту плени я в лабор атори ю	Зертха намен кабыл данған Посту плени я в лабор атори ю										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ " _____
№ ____ бұйрығына
213-қосымша
Приложение 213
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года
№ ____
Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ _____
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		№__ бұйрығымен бекітілген № 213/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 213/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

_____ зерттеуге арналған үлгілерді тіркеу (инфекция түрін)
ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации образцов для исследования на _____ (вид
инфекции)

Басталуы (Начат) "___" _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20 ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НҚ):

Используемая нормативная документация (далее - НД):

1. _____
2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество обследуемого	Жасы Возраст	Үлгі жіберген ұйым Организация , направивши й образец	Диagn озы, негізг і белгіл ері Диagn оз, основ ные симпт омы	Екпел ер турал ы дерек тер Сведе ния оприв ивках
1	2	3	4	5	6
Күні, айы, жылы Дата, месяц, год					

Ауырған Заболевания	Үлгінің алынған Взятия образца	Ауырған күні День болезни	Үлгі ні жіберу Отправки образца	Үлгіні жеткізу Доставки образца	
7	8	9	10	11	
Зерттеу елінің үлгі Исследований образцы	Зерттеу күні Дата исследования	Жасаушалар сызығы Линия клеток	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Жауап жіберілген күн, ай, жыл Дата выдачи ответа	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы және қолы Фамилия имя отчество (при наличии), должность, подпись лица, проводившего исследование
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№__ бұйрығына
214-қосымша
Приложение 214
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 214/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 214/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

Шетелден өсірінділер алуды тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации получения культур из-за рубежа

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)
 Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Түскен күні, айы, жылы Дата поступления	Өсірінділер ді жіберген ел Страна, передаваема я культуры	Қабылдау нөмірі немесе шифры көрсетілген штамнның атауы Наименован ие штамма с поступающ е й нумерацией и л и шифром	Штамм салынған ыдыстар саны Количество емкостей с поступивше м штаммом	Бірге берілетін құжаттама Сопроводит ельная документац ия	Өсіріндіні қабылдаған адамның Т.А.Ә (_____ болған жағдайда), лауазымы, қолы Ф.И.О (при наличии), должность, подпись, получившег о культуру	Ескерту Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы " ____ " _____
 №__ бұйрығына
 215-қосымша
 Приложение 215
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " ____ " _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

						Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан						Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 215/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а						Медицинская документация Форма № 215/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

_____ қарсы иммунитетті анықтауға арналған үлгілерді тіркеу инфекция түрі)
ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации образцов для определения иммунитета к _____

(вид инфекции)

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистратио нный номер	Тексерілуші нің тегі, аты , әкесінің аты Фамилия и м я отчество, обследуемо го	Жасы Возраст	Үлгіні жіберген ұйым Организаци я направивша я образец	Үлгі жеткізілген күн Дата доставки образца	Зерттеу жүргізілген күн Дата проведения исследован ия	Зерттеу нәтижесі Результат исследован ия	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы, колы Фамилия и м я отчество (п ри наличии), должность, подпись лица, проводивше г о исследован ие
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____

№___ бұйрығына
216-қосымша

Приложение 216
к приказу Министра
здравоохранения

Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года

№ _____

Нысан
Форма

А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды
Код формы по ОКУД _____

КҰЖЖ бойынша ұйым коды

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
		номер медико- инско- й карты			дован ие									отчет ство (при наличии), подпись врача- лаборанта

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
217-қосымша
Приложение 217
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

														Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан												Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 217/е нысанды медициналық құжаттама
		Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы												Медицинская документация Форма № 217/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

Штамдарды сәйкестендіру нәтижелерін есепке алу журналы

Журнал учета результатов идентификации штаммов _____

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж.(г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационны й номер	Зерттеу күні, айы, жылы Д а т а исследования	Зертхан алық үлгі Лабора торная модель	Штаммның сипаты Характеристика штамма	Вирус дозасы Доза вируса	Диагно стикал ы к эталонд ы к сарысу лар Диагно стическ и е эталонн ы е сыворо тки	Жұмысшы араластыру Рабочее разведение
1	2	3	4	5	6	7

Бақылау күндері Дни наблюдения						Типтеу нәтижесі Результат типирования	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы, қолы Фамилия имя отчество (при наличии), должность, подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6		
8	9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ " _____
№ ____ бұйрығына
218-қосымша
Приложение 218
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года
№ ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№__ бұйрығымен бекітілген № 218/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 218/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

(инфекция түрі) вирусологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации вирусологических исследований на
(вид инфекции)

Басталды (Начат) "___" _____ 20__ ж.(г.)

Аяқталды (Окончен) "___" _____ 20__ ж.(г.)

Тіркеу нөмірі Регистра ционный номер	Жасушал а р 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 жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), колы Фамилия имя отчество(при наличии), должность подпись Проводившег о исследование
Бақылау Контроль	Күні, айы, жылы дата, месяц, год	Нәтиже результат	Бақылау Контроль	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Жауап жіберілген күн , ай, жыл Дата выдачи ответа	
11	12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№__ бұйрығына
219-қосымша
Приложение 219
к приказу Министра
здравоохранения

іріке у нөмі рі Реги стра цио нны й ном ер	виру стың асы Хар акте рист ика этал онн ого виру са	Зерт теу бастан күн, ай, жыл Дата нача л а иссл едов ания	і есеп ке алу күні , айы, жыл Дата учет а резу льта тов										Вир ус мөл шері Доза виру са	Сар ысу ын Сыв орот ки	Жас ушп алар дың Кле ток	Зерт теу нәти жесі Резу льта т иссл едов ания	Зерт теу аякт алган күнк үн, ай, жыл Дата окон чани я иссл едов ания	дайда лауа зым ы, қол ы Фам или я отче ство (при нали чии) , дол жно сть, под пись лица , пров одив шег о иссл едов ание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "____" _____
№__ бұйрығына
220-қосымша
Приложение 220
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ № ___ бұйрығымен бекітілген № 220/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 220/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" ___ 2021 года №

Паразиттік аурулар қоздырғыштарына тексерілген адамдарді тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации лиц, обследуемых на возбудители паразитарных заболеваний

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зертхан аға үлгінің қабылданған күні Дата поступления образца в лабораторию	Тексерілушінің, егі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), ЖСН Фамилия, имя, отчество (при наличии), ИИН обследуемого	Туған жылы Год рождения	Мекенжайы Адрес проживания	Оқу, жұмыс орны, балалар ұйымының атауы Место работы, учебы, наименование Детской организации	Алғашқы, қайта немесе бақылаулық тексеру Первичное, повторное или контрольное обследование	Зерттеулердің саны Количество исследований	Нәтижелер берілген күн Дата выдачи результата	Тексеру нәтижесі, бөлінген қоздырғыш түрі Результат обследования, вид выделенного возбудителя	Зерттеу жүргізген адамның қолы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), Фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись лица, проводившего исследование	Ескерту Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" ___
№ ___ бұйрығына
221-қосымша
Приложение 221
к приказу Министра

Балалар ұйымының, мектептің, жоғарғы оқу орынының, жұмыс орнының атауы мекен-жайы Наименование и адрес детской организации, школы, вуза, места работы	Диагно з Диагно з	Ауруханаға жатқызылған күні Д а т а госпитализации	нарядының нөмірі № наряда н а дезинфекци ю	Нарядты алғ ан адамның тегі Фамилия л и ц а получивше го наряд	кезден бастап дезинфекциялау мерзімдері С р о к и дезинфекции с момента госпитализации				
8	9	10	11	12	13				
Дезинфекциялау у д ы ң орындалмау немесе уақытында орындалмау себебі Причина невыполнения или не своевременного выполнения дезинфекции	Дезинфекцияланды (тал, м2) Подвергнуто дезинфекции (штуки, м2)		Заттарды дезинфекциялау Дезинфекция вещей Камералық әдіспен, кг Камерным методом		Ылғалды әдіспен Влажным методом	Дератизаци я, м2			
14	15	16	17	18					
Дезинфекция, м2 Дезинфекция, м2	Адамдарды санитариялық өңдеуден өткізу Санитарная обработка людей		Жұмсалған дезинфекциялау заттар Израсходовано дезинфекционных средств, кг		Дезинфекциялау сапасын бақылау Контроль качества дезинфекции	Дезинфекциялауды жүргізген адамның тегі, аты Фамилия, и м я проводивш е г о дезинфекци ю	Күні Дата	Зерттелген сынамалар Исследовано проб	Нәтиже Результат
	Өңделген Обработано	Ба рл ығ ы Вс его	Жұмсалғаны Израсходовано	Қалғаны Остаток					
19	20	21	22	23	24	25	26	27	28

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ " _____
№ ____ бұйрығына
222-қосымша
Приложение 222
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан

от " ____ " _____ 2021 года

№ _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 222/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 222/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года №

**Жұмсақ мүкәммалды (киімдер мен төсек жабдықтары) камералық өңдеуді тіркеу
ЖУРНАЛЫ**

ЖУРНАЛ регистрации камерной обработки мягкого инвентаря (одежды
ипостельных принадлежностей)

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистра ционны й номер	Дезинфекциялау (дезинсекция) жүргізілген күн, ай, жыл Дата проведения дезинфекции (дезинсекции)	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), мекен-жайы, түбіртек нөмірі (ұйым, корпус) Фамилия, инициалы больного, адрес, номер квитанции (организация, корпус)	Инфекц и я (жәндікт ер) Инфекц и я (инсекты)	Дезинфекциялау (дезинсекция) (объектілері, олардың саны немесе салмағы Объекты (дезинфекции (дезинсекции), их количество или вес)
1	2	3	4	5
Камераның шартты белгілері	Дезинфекциялау (дезинсекция) тәртібі	Толтырылмаған камераны қыздыру уақыты Время прогрева не загруженной камеры	Толтырылған камераны қыздыру уақыты Время прогрева загруженной камеры	Дезинфе кциялау (дезинсе кция) темпера турасы

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Үлгіні алу Отбора образцов	Зертхан амен кабылда нған Поступления в лабораторию	Үлгінің атауы Наименование образца	Саны, көлемі Количество, объем	Үлгі алу орны Место отбора образца	Зерттеу мақсаты Цель исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы Дата окончания исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Ескерту Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№__ бұйрығына
224-қосымша
Приложение 224
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 224/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы
 Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы

Медицинская документация
 Форма № 224/у
 Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

Үй шаңы кенелерінің болуына үй шаңының, мамықтың және қауырсынан жасалған өнімдердің үлгілерін зерттеуді тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации исследований образцов домашней пыли, пуховых и перьевых изделий на наличие клещей домашней пыли

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Тіркеу нөмірі Регистрационны й номер	Үлгілердің түскен күні Дата поступления образца	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), ЖСН Фамилия, имя, отчество (при наличии), ИИН	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы Домашний адрес	Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымының атауы Место работы, учебы, наименование детской организации	Жәндіктер немесе кенелер шабуыл жасаған аумақ, күн Территория нападения насекомых или клещей, дата	Зерттеу күні Дата исследования	Тексеру нәтижесі Результат обследования	Жәндіктер мен кенелердің түрлері, жынысы Видовая принадлежность, пол насекомых и клещей	Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность исполнителя

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы "___" _____

№___ бұйрығына
 225-қосымша

Приложение 225
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от "___" _____ 2021 года

№ _____

Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 225/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 225/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

Паразиттік ауруларға серологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации серологических исследований на паразитарные заболевания

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты, ЖСН Фамилия, имя, отчество, ИИН обследуемого	Туған жылы Год рождения	Мекен – жайы Адрес проживания	Тексеруге жіберген мекеме Учреждение направившее на обследование	Алғашқы, қайта немесе бақылаулық тексеру Первичное, повторно или контрольное обследование	Үлгіні тексеруге қабылдау күні, айы, жылы Дата приема образца на исследование	Диагнозы, ауырған күгі, айы, жылы Диагноз, дата заболевания	Антигеннің, антиденелердің атауы Наименование антигена, антител	Зерттеудің әдісі Метод исследования
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Продолжение таблицы

Зерттеу нәтижелері Результат исследования		Қарапайым дылар Простейшие	Нәтижелер	Зерттеу жүргізілген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдай)
Гельминттер Гельминты				

наименованием выявляемых иммуноглобулинов к соответствующему антигену или антителу					наименованием выявляемых иммуноглобулинов к соответствующему антигену или антителу			Басқала берілген (күн, ай, жыл) Прочие (указать)	Дата выдачи результатов	да), қолы Фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись, проводившего исследование	Ескерту Примечание
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
226-қосымша
Приложение 226
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

								Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____			
								КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____			
								Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ _____			
								№___ бұйрығымен бекітілген № 226/е нысанды медициналық құжаттама			
								Медицинская документация Форма № 226/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №			

Биосынамалы жануарларды тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛІ регистрации биопробных животных

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____
2. _____

Биосынама алынған жануарлардың жұқтырылған күні, айы, жылы Дата заражения биопробных животных	Биосынама алынған жұқтырылған жануарлардың саны Количество зараженных биопробных животных	Инфекцияның атауы Наименование инфекции	Биосынама алынған жұқтырылған жануарлардың өлтірілу күні Дата убивки зараженных биопробных животных	Биосынама алынған өлтірілген жануарларды зарарсыздандыру тәсілі Способ обеззараживания убитых биопробных животных	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы Дата окончания исследования, месяц, год, Ф.И.О (при наличии), подпись проводившего исследование
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ " _____
№ ____ бұйрығына
227-қосымша
Приложение 227
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года
№ ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№__ бұйрығымен бекітілген № 227/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 227/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__

Адамдардан бурцелезге (гемоөсірінді) іріктелген үлгілерді тіркеу және зерттеу нәтижелерін беру ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации и выдачи результатов исследований образцов от людей на бруцеллез (гемокультура)

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НК):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

- _____
- _____

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	Күні, айы, жылы Дата, месяц, год		Үлгі жіберген ұйым Организация, направившая образец	Тексерілетін адамның тегі, аты, жөні Фамилия, имя, отчество обследуемого	Жас Возра ст	Мекен жайы Дома шний адрес	Жұмыс орны, лауаз ымы Место работ ы, должн ость
	Үлгінің алынған Отбора проб	Зертханамен кабылданған Поступления в лабораторию					
1	2	3	4	5	6	7	8
Диагнозы Диагноз	Алғашқы, қайта тексеру Первичное, повторное обследования	Күні айы, жылы Дата, месяц, год			Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы және қолы Ф.И.О (при наличии), должности подпись лица, проводившего исследование	
		Зерттеудің басталған Начала исследования	Зерттеудің аяқталған Окончания исследования	Нәтижелердің берілген Выдачи результатов			
9	10	11	12	13	14	15	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№__ бұйрығына
228-қосымша
Приложение 228
к приказу Министра

Қызылшаға қарсы соңғы егу күні, айы, жылы Дата последней вакцинации и краснухи	Қызылшаға қарсы дозалар саны Колличество доз против краснухи	Үлгінің алынған күні, айы, жылы Дата отбора образца	Зертханаға жіберілген күні, айы, жылы Дата отправления в лабораторию	Зертханаға түскен күні, айы, жылы Дата поступления в лабораторию	Зертханаға түскен үлгінің жағдайы Состояние образца при поступлении в лабораторию	Диагнозы Диагнозы	Реакция қойылған күн, ай, жыл Дата, месяц, год постановки реакции	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Нәтиже берілген күн, ай, жыл Дата, месяц, год выдачи результата	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность и подпись лица, проводившего исследование
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
229-қосымша
Приложение 229
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен Бекітілген № 229/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы
 Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы

Медицинская документация
 Форма № 229/у
 Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

_____ люминисценттік зерттеулерді тіркеу (инфекцияның түрі)

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации люминисцентных исследований

на _____ (вид инфекции)

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж.(г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зерттеу жүргізілген күн, ай, жыл Дата, месяц, год проведения исследования	Микроскопия нәтижелерін есепке алу/Учет результатов микроскопии							Аденовирус	Респираторлы сенсциалды жасушалар (РС) Респираторные сенсциальные клетки (РС)	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу нәтижесі берілген күн, ай, жыл Дата, месяц, год выдачи результата исследования	Зерттеу жүргізген маманның тегі, аты, әкесіні аты (болған жағдайда), лауазымы және қолы Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность и подпись специалиста, проводившего исследование
		А тұмауы Грипп А (H3N2)	А тұмауы Грипп А (H1N1)	В тұмауы Грипп В	Паратұмау ПГ 1 Парагрипп ПГ 1	Паратұмау ПГ 2 Парагрипп ПГ 2	Паратұмау ПГ 3 Парагрипп ПГ 3						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы "___" _____

№ _____ бұйрығына
 230-қосымша
 Приложение 230
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " ____ " _____ 2021 года

№ _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " ____ _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 230/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 230/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____

**Санитариялық вирусологияға зерттеуге іріктелген үлгілерді тіркеу ЖУРНАЛЫ
 ЖУРНАЛІ регистрации образцов для исследования на санитарную вирусологию**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	Үлгінің атауы Наименовани е образца	Үлгіні жіберген мекеме Учреждение направившее образец	Үлгінің зертханаға келіп түскен күні, айы, жылы Дата, месяц, г о д поступления Образца в лабораторию	Зерттеу жүргізілген күн, ай, жыл Дата, месяц, г о д проведения исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу жүргізген маманның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы қолы Фамилия, имя , отчество (при наличии), должность,
--	---	--	---	---	--	--

						подпись лица проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№__ бұйрығына
231-қосымша
Приложение 231
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 231/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 231/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

Бруцеллез қоздырғышының өсірінділерінің бөлінуі және бөлінген өсірінділерін сәйкестендіруді тіркейтін ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ регистрации выделения и идентификации выделенных культур возбудителя бруцеллеза

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1.

2.

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зертханаға келіп түскен күні, айы, жылы, қайдан әкелінді Дата, месяц, год поступления в лабораторию, откуда доставлен	Бөлінген коздырғыштың 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		Грамм бойынша жасуша морфологиясы Морфология клетки по Граму	Термоаглютинация реакциясы Реакция термоаглютинации	Күкіртсутегі түзілуіне қатысты дифференциация по образованию сероводорода	СО ₂ қажеттілігі потребность в СО ₂
				Сұйық коректік ортадағы Жидкой питательной среде (ЖПС)	Тығыз коректік ортадағы Плотной питательной среде (ППС)				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Продолжение таблицы

Грамм бойынша жасуша морфологиясы Морфология клетки по Граму	Термоаглютинация реакциясы Реакция термоаглютинации	Күкіртсутегі түзілуіне қатысты дифференциация по образованию сероводорода	СО ₂ қажеттілігі потребность в СО ₂	Бояуларға қатысты саралау Дифференциация 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	Фагқа сезімталдық Чувствительность к фагу			Зерттеу аяқталған күн, Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда)

Поливалентті сарысумен С поливалентной сывороткой	Антимелитензис сарысуы мен сыворотк о й антимели тензис	Антибор тус сарысуы мен сыворотк о й антибор тус	бойынша түсі Оқраска по Уайт-Вильсон у	Трипофла авинді үлгі проба с трипофла вином	Тұтас Цел ьно му	Ара лас Разв еднн о му	МФА АФӘ	Қоз дыр ғыш түрі Вид возб уди теля	Биотипі Отнесен к биотипу	ай, жыл Дат а, мес яц, год око нча ния исс лед ова ния) және қолы Ф.И.О(при наличии), и подпись специали ста, проводив шего исследование
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
232-қосымша
Приложение 232
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № ___ бұйрығымен бекітілген № 232/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 232/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

Сыртқы орта объектілерінің үлгілерін ИФТ әдісімен зерттеуді тіркейтін ЖҰМЫС
ЖУРНАЛЫ

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ регистрации исследования образцов от объектов внешней
среды методом ИФА

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____
2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зерттеу басталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год н а ч а л а исследования	Үлгіні жіберген мекеме Учреждение направившее образец	Үлгі алынған орын Место отбора образца	Үлгінің атауы Наимен ование образца	Зерттеу мақсаты Цель исследо вания
1	2	3	4	5	6
Нәтижесі Результат		Зерттеу нәтижесі	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда),колы	
Антиген	Антиденелерге На антитела		Дата, месяц, год	Ф.И.О (при наличии), подпись специалиста, проводившего исследование	
Н а антиген	IgM	IgG	исследо вания		
7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ " _____
№ ____ бұйрығына
233-қосымша
Приложение 233
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года
№ ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	министрінің 2021 жылғы "___" ___ № ___ бұйрығымен бекітілген № 233/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного орган санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 233/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" ___ 2021 года №

Адамдардан алынған материал үлгілерін ИФТ әдісімен зерттеуді тіркейтін
ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ регистрации исследования образцов материала от людей
методом ИФА

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НК):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

- _____
- _____

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	Зерттеу басталған күн , ай, жыл Дата, месяц, год начала исследования	Тексерілушіні ң Т.А.Ә Ф.И.О обследуемого	Жасы Возраст	Тұрғы лықты мекен жайы Адрес прожи вания	Үлгіні жіберген мекеме Учреждение направившее образец	Диagn озы Диagn оз	Зертте у мақса ты Цель исслед овани я
1	2	3	4	5	6	7	8
Нәтижесі Результат		Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн , ай, жыл Дата, месяц, год окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), колы Ф.И.О (при наличии), подпись специалиста, проводившего исследование			
Антиген	Антиденеге На антитело						
Антиген	Ig A	IgM	IgG				
9	10	11	12	13	14	15	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" ___
№ ___ бұйрығына
234-қосымша
Приложение 234
к приказу Министра
здравоохранения

Продолжение таблицы

Пассивті гемаглютинация Реакциясы (ПГР) Реакция пассивной гемаглютинаци и (РПГА) на:	капсуланың пайда болуы капсулообразование (Михину)		Фаг сезгіштігі чувствительност ь к фагу	фосфат азды белсенд ілігі фосфат азная активно сть	"маржан алқа" тесті т е с т жемчужное ожерелье"	пеници линазд ы белсенд ілігі пеници линаз наякти вность	гемоли тикалы белсенд ілігі гемоли тическа яактивн ость
11	12		13	14	15	16	17
т.б. әдістер другие методы	Зертхана жануарларына арналған патогендік Патогенность д л я лабораторных животных	Антиби отиктер д і сезгішт ігі чувстви тельность ть к антиби отикам	Зерттеу нәтижесі результат исследования	Зерттеу аяқталған күн, ай , жыл Дата окончания исследования	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда) және қолы Ф.И.О (при наличии) и подпись проводившего исследование		
18	19	20	21	22	23		

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
235-қосымша
Приложение 235
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № ___ бұйрығымен бекітілген № 235/е нысанды медициналық құжаттама

9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
лактоза	сахароза	Мальтоза	инозит	салицин	тригалога	Зертханаларларына арналған патогенділік Патогенность для лабораторных животных	Антибиотиктерді сезгіштігінің чувствительность к антибиотикам	Зерттеу нәтижесінің результатаңия	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата окончаниа исследования	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда) және қолы Ф.И.О (при наличии) и подпись проводившего исследование
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
236-қосымша
Приложение 236
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	министрінің 2021 жылғы "___" ___ №__ бұйрығымен бекітілген № 236/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 236/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__

Молекулярлық-генетикалық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации молекулярно-генетических исследований

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Тіркеу нөмірі Регистра ционны й номер	Тексеріл ушінің тегі, аты , әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследу емого	Жасы Возраст	Мекенж айы Домашн ий адрес	Диагнозы Диагноз	Зерттеле тін үлгі Исследу емый образец	Үлгінің кабылда нған күні, айы, жылы Дата, месяц, год поступл ения образца	Зерттеу жүргізіл ген күн, ай, жыл Дата, месяц, год прове дения исследо вания	Зерттеу нәтижес і Результ ат исследо вания	Нәтиже берілген күн, ай, жыл Дата, месяц, год выдачи результ ата	Зерттеу жүргізге н адамның тегі, аты , әкесінің аты (при наличии) , лауазым ы, қолы Фамили я, имя, отчество (при наличии) , должнос ть , подпись лица, проводи вшего исследо вание

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____

№__ бұйрығына
237-қосымша

Приложение 237
к приказу Министра
здравоохранения

Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года
№ ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 237/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 237/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года №__

Сыртқы орта объектілерінен алынған үлгілерді молекулярлық-генетикалық зерттеуді тіркеу және нәтижелерін беруді тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛІ 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):

- _____
- _____

Тркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні, уақыты Дата, время		Үлгіні жіберген мекеме Учреждение направившее образец	Үлгі алынған орын Место отбора образца	Зерттеу мақсаты Цель исследования	Зерттелінетін үлгі Исследуемый образец
	Үлгі алу қабылдау Отбора образца	Үлгіні зертханаға қабылдау Поступления образца в лабораторию				
1	2	3	4	5	6	7
Зерттеу басталған күн, ай, жыл	Зерттеу нәтижесі		Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (при наличии), қолы		

Дата, месяц, год н а ч а л а исследования	Результат исследования	Дата, месяц, год окончания исследования	Ф.И.О (при наличии), подпись специалиста, проводившего исследование
8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№__ бұйрығына
238-қосымша
Приложение 238
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 238/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 238/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ _____ 2021 года № _____

Адамдардан іріктелген үлгілерді молекулярлық-генетикалық зерттеуді тіркеу және нәтижелерін беруді тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации и выдачи результатов молекулярно-генетического исследования образцов от людей

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1.

2.

Тіркеу нөмірі Регистрационн ый номер	Күні, уақыты Дата, время		Тексерілушінің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О (при наличии) обследуемого	Жасы Возраст	Мекен жайы Адрес прожи вания	Үлгіні жолдағ ан ұйым Орган изация , направ ившая образе ц	Диагно зы Диагно з
	Үлгі алу Отбора образца	Үлгіні қабылд ау Посту пления образц а					
1	2	3	4	5	6	7	8
Зерттеу мақсаты Цель исследования	Зерттелінетін үлгі Исследуемый образец	Зерттеу басталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год начала исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн ай, жыл Дата, месяц, год окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы қолы Ф.И.О (при наличии), должность специалиста, подписавшего исследование		
9	10	11	12	13	14		

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
239-қосымша
Приложение 239
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 239/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 239/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №
---	---

Зооноздық инфекцияларға жүргізілген микробиологиялық зерттеуді тіркейтін
ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований на зоонозные инфекции

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

- _____
- _____

Тіркелу нөмірі Регистрация Дата начала исследований номер	Зерттеу басталған күн, ай, жыл Дата начала исследований	Өсу сипаты Характер роста		Жасуша морфологиясы Морфология клеток (микроскопия)			АФЭ Метод флуоресцирующих антител - МФА	Пассивті геамагглютинация реакциясы: Реакция пассивной геагглютинации (РПГА) на:					Капсуланың пайдалануы Капсулообразование	Фагсенгіштің 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 Грам бойынша Грам бойынша	Роман-Гимза бойынша Роман-Гимза бойынша Роман-Гимза бойынша	Иерсиниоз		Псевдо туберкулез	Пастереллез	Лептоспироз	Листерия			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Биохимиялық қасиеттері Биохимические свойства

Желатинаның сұйылуы	Оксид азды белсенділігі	Катализаторлық белсенділік	Күкірт сутектің пайдалануы	Геоморфологиялық белсенділік	Уреаза белсенділігі	Несепнәр гидролизі	Индолдың пайдалануы	Орнитин	Лизин					

Разжижение желатины	Окислительная активность	Катализаторная активность	Образование сероводорода	Геоморфология	Уреазная активность	Гидролиз мочевины	Образование индола				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	Триглицерид	Эскулин	Рамноза	Маннит	Козгаштығы	Подвижность	Фениланин	Нитраттардың қалпына келуі	Фогес-Проска уэр реакциясы
28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	40
Диагностикалық сарысулары мен агглютинация реакциясы	Зертхана жануарларына арналған патогендік	Патогенность для лабораторных животных	Антибиотиктерге сезімталдық	Чувствительность к антибиотикам	Зерттеу нәтижесі	Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл	Дата, месяц, год окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы қолы	Ф.И.О (при наличии), должность	специалиста, проводившего исследование	подпись	исследование
41	42	43	44	44	45	46							

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
240-қосымша
Приложение 240

Тіркеу нөмірі	Зерттеу басталған күн	Сұйық коректік ортада (СКО-да)	Ет-пептонды агарда	Қанды агарда	Шокол адты	Цистеинмен байытылған	Грамм бойынша сұша морфологиясы	АФӨ Метод флуоресцирующуих антител (МФА)	жұғындығы	Капсуланың пайдаланылуы	Спорогана	Фаг
Регистрация номер	Дата начала исследования	На жидкой питательной среде (ЖПС)	Мясо-пептонномагаре МПА	Кровяном агаре	Шокол адном агаре	Обогащенной цистеином	Морфология клеток по Граму (микроскопия)		Методы-танды алауы (Маки-отпечатки от биопробных животных)	Капсулообразование	Спорообразовательность	Фаг
1	2	3	4	5	6	7	8	10	11	12	13	14

Биохимиялық қасиеттері						Зертханана жуарларна арналған							
Биохимические свойства						Туляремия сарысуы косылған агглютинациясы Реакция агглютинациясы		Патогенность лабораториялық антибиотиктерге сезімталдығы		Зерттеу нәтижесі Результат		Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл	
Глицериннің ферменттелуі	Оксидация	Катализатор	Бета-лактамазды тест	Қозғалғыштығы	Уреазды белсенділігі	Туляремия сарысуы косылған агглютинациясы	Патогенность лабораториялық антибиотиктерге сезімталдығы	Зерттеу нәтижесі Результат	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл	Зерттеу жүргізген маманның (Т.А.Ә болған жағдайда), лауазымы қолы	Ф.И.О (при наличии), должность	Подпись специалиста	Проводивш

					Уреазная активность	миинной сыворо ткой	вот ны х	сть к антиби отикам	ова ни я	Дата окончания следования	е г о исследован ие
15	16	17	18	19	20	21	24	25	26	27	28

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
241-қосымша
Приложение 241
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 241/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 241/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ _____ 2021 года №

Тырысқак 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		Зертханаға келіп түсуі Поступления в лабораторию	
				Үлгі алу Взятия образца			
1	2	3	4	5		6	
Судың тоCтоC воды	Судың рНpH воды	Уақыты (сағаты) Время (часы)			Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы қолы Ф.И.О (при наличии), должность подпись специалиста, проводившего исследование	
		1-ші пептондық суға себу Посева на 1-ю пептонную воду	2 - ш і пептондық суға қайта себу Пересева на 2-ю пептонную воду	2 - ш і пептондық судан қайта себу Высев со 2-ой пептонной воды			Зерттеу күн, ай, жыл, Дата, месяц, год окончания исследования
7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№__ бұйрығына
242-қосымша
Приложение 242
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____ № ___ бұйрығымен бекітілген № 242/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 242/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

Үлгілерді тіркеу және сынамаларды қабылдау ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации образцов и приема проб

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Реттік нөмірі (Порядковый номер)	Өтініштің қаралған күні (Дата поступления обращения)	Мекеменің атауы, мекен-жайы (Наименование предприятия, адрес)	Сынаманың атауы (Наименование проб)	Сынама көлемі (Количество проб)	Сынама жіберілген зертханалар (Лаборатории получившие пробы)
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
243-қосымша
Приложение 243
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды
--	----------------------------

		Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № ___ бұйрығымен бекітілген № 243/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 243/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

**Бөлінген тырысқақ өсірінділерін есепке алу және сипаттамасын тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛІ регистрации учета и характеристики выделенных культур холеры**

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Штамм № Штамма	Микробтың түрі Вид микроба	Зерттеу нысаны Объект исследования	Күні, айы, жылы Дата, месяц, год	Алғашқы себу Первичный посев	Морфологиясы Морфология	оксидация оксидация	Бар болуы Наличие	Хью-Лейфсон ортасында глюкозаның ыдырауы типі Тип расщепления глюкозы в среде Хью-Лейфсона		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Декарбоксилазалар декарбоксилазы лизиннің лизина		Аргининнің дегидролазасы Дегидролазы аргинина Орнитиннің орнитина				Аэробты аэробный		Анаэробты Анаэробный			
11		12		13		14		15			
Биохимиялық белсенділігі Биохимическая активность						Тырысқақ сарысуларымен агглютинабельділігі Агглютинабельность холерными сыворотками					
Сахароза	Манноза	Арабиноза	Лактоза	Маннит	Инозит	Желатина	“О”	Огава	Инаба	О 139	RO
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

Продолжение таблицы

ТГАР РНГА		ФАӘ МФА		Тырысқақ фағтарын сезгіштігі							
				Чувствительность к холерным фагам							
				“С”	Эльтор	ДДФ	ХДФ-3,4,5				
28		29		30	31	32	33				
Фаго тип Фаго тип	Фогес-Про скауэр реакциясы Реакция Фогес-Про скауэра	Гема гг-л ютин а-ция Гема гглю тина ция	Гемолиз Гемолиз	Жас көже ктер де сына лған виру лент тілік виру лент ност ь на крол иках сосу нках	Антибиотиктерді сезгіштігі						ПТР нәти желі рі Резу льтат ы ПЦР
					Чувствительность к антибиотикам						
					Тетрацикл ин	Левомицет ин	Сиф локс	Гентамици н	Басқ алар Друг ие	Поли микс ин 50 ед ./мл	
34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
244-қосымша
Приложение 244
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 244/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы
 Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы

Медицинская документация
 Форма № 244/у
 Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Тырысқақ қоздырғышының бар болуына адамдардан алынған 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):

- _____
- _____

тіркеу нөмірі регистрационн ый номер	Зерттелушінің Т.А. Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при наличии) обследуемого		Жасы Возрас т	Жұмыс орны, қызметі Место работы, должность	Мекен- жайы Место жительства	Үлгіні жолдағ а н ұйым Орган изация , направ ившая образе ц	Контингент немесе диагно з Контингент или диагно з
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	Зертхананың қабылдаған Поступления в лабораторию	Зерттелінетін үлгі Исследуемый образец	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы қолы Ф.И.О (при наличии), должность, подпись специалиста, проводившего исследование	
8	9	10	11	12	13	14	

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы "___" _____
 №___ бұйрығына
 245-қосымша

рацион ный номер	Дата, месяц, год	е объект а	бөлім Цех, отдел	ество рабочи х мест						пустим ое	ы х прибор ов	ивших измере ние
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
246-қосымша
Приложение 246
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ _____ № ___ бұйрығымен бекітілген № 246/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 246/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ _____ 2021 года № _____

Тағамнан улануларды 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 Регист рацио нный номер	Өнім ің, сынам аның атауы Наиме нован и е проду кта, пробы	МАФ АМ	Титтр E.coli	Проте й титрі Титр протея	Сальм онелл аға, шигел лаға зертте у Иссле дован ие на сальм онелл ы, шигел лы	Стафи лакок кка зертте у Иссле дован ие на стафи локок к	Энтер ококк ка зертте у Иссле дован ие на энтеро кокк	Cereus -ке зертте у Иссле джова ние на V.cere us	Анаэр обтар Анаэр обы	Биосы нама Биопр оба	Нәтиж е Резуль тат	Күні, қолы Дата, подпи сь
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ " _____
№ ____ бұйрығына
247-қосымша
Приложение 247
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года
№ ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 247/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы	Медицинская документация Форма № 247/у

Наименование государственного
о р г а н а
санитарно-эпидемиологической
службы

Утверждена приказом Министра
здравоохранения
Республики Казахстан от " ____ " _
_____ 2021 года № ____

Тағамнан улануларды микробиологиялық зерттеулерді тіркеу (ботулотоксинді анықтау) ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛІ регистрации микробиологических исследований пищевых отравлений (исследований на ботулотоксин)

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистра ционны й номер	Өнімнің, сынаман ы н атауы Наимен ование продукт а, пробы	МАФА М	Титтр E.coli	Протей титрі Титр протей	Сальмон еллаға, шигелла ғазертте у Исследо вание на сальмон еллы, шигелл ы	Стафила коккқа зерттеу Исследо вание на стафило кокк	Энтерок оккқа зерттеу Исследо вание на энтерок окк	Сегеус-к е зерттеу Исследо вание на сегеус	Анаэроб тар Анаэроб ы
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Продолжение таблицы

Биосынама Биопроба / Реакция нейтрализации/											
Комплексті АВСЕҒсары сулармен Смесь сывороток АВСЕҒ								Зерттелетін сынама 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
12	13	14	15	16	17	18	19				
Биосынама Биопроба Жеке сары сулармен қойылған нейтрализация реакциясы / Р.нейтрализации /											
Сары су "А" түрі Сыворотка тип "А"				Сары су "В" түрі Сыворотка тип "В"				Сары су "С" түрі Сыворотка тип "С"			
1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн	2 күн	3 күн	4 күн
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Продолжение таблицы

Биосынама Биопроба Жеке сары сулармен қойылған нейтрализация реакциясы / Р.нейтрализации /												Нәтиж е Резуль тат	Күні, қолы Дата, подпи сь
Сары су "Е" түрі Сыворотка тип "Е"				Сары су "F" түрі Сыворотка тип "F"				Бақылау Контроль					
1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн	2 күн	3 күн	4 күн		
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ " _____
№ ____ бұйрығына
248-қосымша
Приложение 248
к приказу Министра

здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года

№ _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 248/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 248/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ _____ 2021 года № _____

Тағамнан улануларды микробиологиялық зерттеулерді тіркейтін ЖҰМЫС
ЖУРНАЛЫ (ботулизм қоздырғышын анықтау)

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований пищевых
отравлений (исследований на возбудителя ботулизма)

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистра ционны й номер	Өнімнің, сынаман ың атауы Наимен ование продукт а, пробы	МАФА М	Титр E.coli	Протей титрі Титр протей	Сальмон еллаға, шигелла ғ а зерттеу Иссledo вание на сальмон еллы, шигелл ы	Стафила коккқа зерттеу Иссledo вание на стафило кокк	Энтерок оккқа зерттеу Иссledo вание на энтерок окк	B.cereus - к е зерттеу Иссledo вание на B.cereus	Р Н среды
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Продолжение таблицы

Анаэробтар Анаэробы		Нәтиже Результат Күні, қолы
Китт-Тароцци қоректік ортасы /	Китт-Тароцци қоректік ортасы /	

Ср.Китт-Тароци Қыздырылған егінді 80 to-37o/ гретая при 80o на to 37o				Ср.Китт-Тароци Қыздырылған егінді 60 to-30o/ гретая при 60o на to 30o				Дата, подпись
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
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
249-қосымша
Приложение 249
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 249/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 249/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 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 Регистра ционный номер	Өнімнің атауы Наимено вание продукта	Объект	Себу күні Дата посева	1 0 күннен кейін 1 рет қайта себілуі Дата 1 персева	5 күннен кейін 2 рет қайта себілуі	5 күннен кейін 3 рет қайта себілуі	Зерттеу нәтижесі Результат исследов ания	Қолы, күні
--------------	--	--	--------	-----------------------------	---	---	---	--	---------------

					ч/з 10 дней	Дата 2 пересева ч/з 5 дней	Дата 3 пересева ч/з 5 дней		Дата, подпись
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
250-қосымша
Приложение 250
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № ___ бұйрығымен бекітілген № 250/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 250/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ _____ 2021 года № _____

Мал шаруашылығы өнімдеріндегі антибиотиктердің қалдық мөлшерін анықтау бойынша микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛІ регистрации микробиологических исследований по определению остаточных количеств антибиотиков в продуктах животноводства

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

				Өнімнің атауы,			
--	--	--	--	-------------------	--	--	--

Әкеліну күні Дата доставки	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Әкеліну уақыты Время доставки	Зерттеу басталған уақыт Время начала исследования	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 Орентированная посевная доза м/орг-ма
1	2	3	4	5	6	7	8

Продолжение таблицы

Қоректік орта мен буфер Питательная среда и буфер	1 табақшадағы ортаның мөлшері Количество среды на 1 чашку	Өсіріндінің өсуі тежелуінің диаметрі Диаметр задержки роста культур	Орта бірліктерге уақыттық түзету Временная поправка в средние величины	2 қатар табақшалардың орта арифметикалық саны Средн. арифметическое 2-х параллельных чашек	Өсу тежелуі аймағының диаметрлер айырмасы Разность диаметров зоны задержки роста	Өнімдердегі анықталған а / б қанықтығы Опред. концентрация а/б в продуктах	Нәтижесі, күні, қолы Результат, дата, подпись
9	10	11	12	13	14	15	16

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
251-қосымша
Приложение 251
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 251/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы
 Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы

Медицинская документация
 Форма № 251/у
 Утверждена приказом Министра здравоохранения
 Республики Казахстан от "___" ___
 _____ 2021 года № ___

Тағам және мал шаруашылығы өнімдеріндегі бактерияға қарсы және гормоналды препараттардың қалдық мөлшерін анықтау бойынша зерттеулерді тіркеу **ЖУРНАЛЫ**
ЖУРНАЛ регистрации исследований по определению остаточных количеств антибактериальных и гормональных препаратов в продуктах питания и животноводства

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Өкеліну күні Дата доставки	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Өкеліну уақыты Время доставки	Зерттеу басталған уақыт Время начала исследования	Өнімнің атауы, алыну орны, материалды кім алды Наименование продукта, место забора, кем сделан забор материала	Тест-система	Қалдық гормонның мөлшерін анықтау нәтижесі Результат исследования на определение остаточного количества гормонов	Күні, қолы дата, подпись
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы "___" _____
 №___ бұйрығына
 252-қосымша
 Приложение 252
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от "___" _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ №___ бұйрығымен бекітілген № 252/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 252/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" ___ 2021 года №___

Қанды стерилділікке микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛІ регистрации микробиологических исследований крови на стерильность

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Күні Дата	Тіркеу нөмірі	Регистрационный номер	ТАӘ, мекеменің аты, жүйесі, орны, ФИО, адрес, мекен орны	Қанды ақелген адамның тегі, аты, әкесінің аты, лауазымы, фамилия, имя, отчество, должность и подпись лица доставившего кровь	Зерттеу мақсаты	Температуралық тәртібі	Температурный режим	Себулер Высевы					Микроскопия	Сәйкестендіру тесттері	Тесты идентификации	Нәтиже	Талдау аяқталған күн, ай, жыл	Нәтиже берілген күн, ай, жыл	Зерттеу жүргізген адамның қолы, тегі, аты, әкесінің аты
								I	II	III	IV	V							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17			

2021 жылғы " ____ " _____
 № ____ бұйрығына
 253-қосымша
 Приложение 253
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " ____ " _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ _____
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		№ ____ бұйрығымен бекітілген № 253/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 253/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____

Адамдардан алынған (антибиотикке сезімталдық) клиникалық материалды тіркеу және зерттеу сынамаларын есепке алу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛІ регистрации и учета проб исследования клинического материала от людей (антибиотико чувствительность)

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі	Зертханаға келіп түскен күні	Т.А.Ә (болған жағдайда).	Жасы	Оргалардың атауы			
				Наименование сред			

Амфотер ицин	Клотрим азол		Кетокона зол	Интракон озол		Результат иссле дования	Ф.И.О (при наличии), должность и подпись лица, проводившего исследование
64	65	66	67	68	69	70	71

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
254-қосымша
Приложение 254
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № ___ бұйрығымен бекітілген № 254/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 254/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _ _____ 2021 года № ___

Адамдардан алынған (дисбактериоз) клиникалық материалды зерттеу сынамаларын
тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛІ регистрации проб исследования клинического материала от людей (дисбактериоз)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)
Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____
2. _____

		Қоректендіру орталарында өсу
--	--	------------------------------

Күні Дата		Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при наличии)	Жасы Возраст	Рост на питательных средах (в разведение) (өсіру)			
Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зертханаға келіп түскен Поступления в лабораторию			Среда Плоскирева Плоскирев ортасы	BCA	Бифидоагар	Лактоагар
1	2	3	4	5	6	7	8

Продолжение таблицы

Қоректендіру орталарында өсу Рост на питательных средах (в разведение) (өсіру)								
Среда для бакте ройдо в Бакте ройдт арға арнал ған орта	Эндо	По Шукевич бойынша	Кровяной агар	Энтероккок агар	ЖСА	Вильсон-Блера	Сабуро	Salmonella Shigella
9	10	11	12	13	14	15	16	17
Количество выросших микроорганизмов (микробных клеток в 1 гр фекалий) Өскен микроорганизмдер саны (1гр фекалийдегі микроб клеткалары)								
Lactobacterium			Bacteroid.		E. Coli Lac +	E. Coli Lac +/ -	E. Coli Lac -	Бактерии рода E. Coli гемолизирующая
18			19		20	21	22	23
								24

Продолжение таблицы

Количество выросших микроорганизмов (микробных клеток в 1 гр фекалий) Өскен микроорганизмдер саны (1гр фекалийдегі микроб клеткалары)						
Другие УПЭ Басқа УПЭ	St.aureus	Enterococcus	Clostrilium	Candida	Нәтиже берілген күн Дата выдачи результата	Зерттеу жүргізген адамның қолы Т.А.Ә (болған жағдайда), Ф.И.О (при наличии), подпись лица проводившего исследование

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зертханалық нөмірі Лабораторный номер	Үлгілер алынған күн Дата отбора образцов	Сынамаңың (Саны) үлгінің) атауы Наименование пробы (образца)	Количество	Алынған ауданы, Районы Место отбора	нитраттар (мг/кг) Обнаруженное содержание нитратов (мг/кг)	н мөлшері (мг/кг) Допустимое содержание нитратов (мг/кг)	Нәтиже берілген күн Дата выдачи результата	жағдайда), Фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
256-қосымша
Приложение 256
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 256/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 256/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Безгекке тексерілгендерді тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛІ регистрации обследуемых на малярию

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)
 Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Тіркеу нөмірі Регистр ационный номер	Зертханаға препараттарды Қабылданған күні Дата поступления препаратов в лабораторию	Тексерілушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), Фамилия отчество (при наличии) обследуемого	Туған жылы Год рождения	Мекен-жайы Адрес проживания	Жұмыс орны, лауазымы Место работы, должность	Алғашқы қойылған диагностический диагноз	Келген жері (елі), болу кезеңі, айы, жылы ҚР-на келген күні. Откуда (страна) прибыл, период преживания, Дата прибытия в РК	Зерттелулердің саны (Количество исследований)	Нәтижелер берілген күн Дата выдачи результата	Зерттелу нәтижесі Результат исследования	Зерттелу әдістерінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Зерттелу нәтижесі лауазымы Фамилия отчество (при наличии), должность и подпись проводившего исследование	Ескерту Примечание

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы " ____ " _____
 № ____ бұйрығына
 257-қосымша
 Приложение 257
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " ____ " _____ 2021 года
 № ____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____ № ___ бұйрығымен бекітілген № 258/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 258/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

Паразитологиялық зертханалық бақылауды тіркеу (шайындылар) ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации внутрилабораторного контроля (смывы) в
паразитологических лабораториях

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационны й номер	Зерттеу жүргізілген күн, Дата проведения исследования	Үлгі алынған орын Место взятия образца	Зерттеу нәтижелері Результаты исследования	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (при наличии), лауазымы қолы Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность лица, подпись, проводившего исследование.
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығына
258-қосымша
Приложение 258
к приказу Министра
здравоохранения

Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года
№ ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 258/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 258/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____

Гнус имангосы санының серпінін есепке алу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ учета динамики численности имаго гнуса

Облыста (в области) _____ 20 ж. (г.)

Занды және жеке тұлғалардың толық атауы

(Полное наименование юридического, физического лица)

Есепке алу тәсілі (20 минуттық "өзінен" аулау немесе өсімдіктерді шабу)

(Способ учета (20-минутный облов "на себя" или кошение по растительности))

Буын аяқтылар тобы* * Группа членистонов их**	Зерттеу әдістері менің НҚ-ры НД на метод испытаний	Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі ОА) саны Подекадная и среднемесячная (далее-СМ) численность											
		Сәуір Апрель				Мамыр Май				Маусым Июнь			
		1	2	3	см	1	2	3	см	1	2	3	см
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі ОА) саны Подекадная и среднемесячная (далее-СМ) численность												Орташа маусымдық көрсеткіш Средне сезонный показатель
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь				
1	2	3	см	1	2	3	см	1	2	3	см	
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

** Буынаяқтылар тобы: масалар, шіркейлер, құмыттар, соналар

Группа членистоногих: комары, мошки, мокрецы, слепни

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
259-қосымша
Приложение 259
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 259/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а	Медицинская документация Форма № 259/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Гнус дернәсілдері санының маусымдық серпінін есепке алу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ учета сезонной динамики численности личинок гнуса

Шаруашылық жүргізуші объектінің толық атауы
(Полное наименование хозяйствующего субъекта)

Су қоймасы № (№ водоема) _____

Есепке алу тәсілі (ебелек немесе кювета) (Способ учета (сачок или кювета))

(в) _____ ауданында (районе), (в области)
_____ облысында 20 ж.(г.)

Буына яктыл ар тобы Групп а члени стоног их**	Зертте у әдісте менің НК-р ы НД на метод испыт аний	Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі -ОА) саны Подекадная и среднемесячная (далее-СМ) численность											
		Сәуір Апрель				Мамыр Май				Маусым Июнь			
		1	2	3	см	1	2	3	см	1	2	3	см
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі -ОА) саны Подекадная и среднемесячная (далее-СМ) численность												Орташ а маусы мдық көрсет кіш Средне сезонн ы й показа тель	
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь					
1	2	3	см	1	2	3	см	1	2	3	см		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	

* Әрбір он күндікті екі бағаншаға бөлеміз: бөлінгішінде – барлық құрттар, бөлгішінде - бір сынамаға келетін саны; Бір м2 су бетіне келетін санды қайта есептеуді зертханалық жағдайда жедел талдау мен материалды

қорытындылау кезінде жүргізу керек.

Каждую декаду делим на две подграфы: в числителе – всего личинок, в знаменателе – численность на одну пробу; Перерасчет численности на один м² водной поверхности осуществлять в лабораторных условиях при оперативном анализе и обобщении материала.

** Буынаяқтылар тобы: масалар, шіркейлер, құмыттар, соналар.

Группа членистоногих: комары, мошки, мокрецы, слепни.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№__ бұйрығына
260-қосымша
Приложение 260
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ____ _____
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		№__ бұйрығымен бекітілген № 260/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 260/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__

Кенелер имагосы санының серпінін есепке алу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ учета динамики численности имаго клещей

(в) _____ ауданында (районе), (в области) _____ облысында

Бақыл а у нүктес	Он күн сайын және айлық (бұдан әрі -А) саны	
	Подекадная и месячная (далее-М) численность	
	Сәуір	Мамыр

інің, орман ды типол огиял ық бөлікт ің атауы, есепке алу тәсілі (мүйізді ірі қара маршр утынд а) Наиме нован ие контр ольно й точки, лесоти полог ическ ого выдел а, спосо б учета (маршр ут на крупн орогат ом скоте)	Зертте у әдісте менің НҚ-р ы НД на метод испыт аний	Апрель				Май				Маусым Июнь			
		1	2	3	СМ	1	2	3	СМ	1	2	3	СМ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Продолжение таблицы

Он күн сайын және айлық (бұдан әрі -А) саны Подекадная и месячная (далее-М) численность												Маусы мдық көрсет кіш Сезонн ы й показа тель
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь				
1	2	3	СМ	1	2	3	СМ	1	2	3	СМ	

	Жәндіктер Насекомы е							
1.	Қыстаудан ұшып шығуының басталуы Начало вылета с зимовок		X	X	X	X	X	
2.	Қыстаудан жаппай ұшыпшығ уы Массовый вылет с зимовок		X		X	X	X	
3.	Қ а н сорған алғашқы ұрғашыма салар ервые самки с кровью		X	X	X	X	X	X
4.	Жаппай қан сорған ұрғашы масалар Массовост ь 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 - маусымдағ ы алғашқы құрттар Первые личинки 1- г о возраста					X	X	
	2 - маусымдағ ы							

7.	алғашқы ұрттар Первые личинки 2-го возраста				X	X	X	X
8.	3 - маусымдағы алғашқы ұрттар Первые личинки 3-го возраста				X	X	X	X
9.	4 - маусымдағы алғашқы ұрттар Первые личинки 4-го возраста					X	X	X
10.	Бірінші куыршақтар Первые куколки					X	X	
11.	Бірінші генерацияның ұшуы Вылет первой генерации							
12.	Жаппай кансорудың басталуы Начало массового кровососания							X
13.	Буынаяқтылар имагосы санының ең көбі Пик численности имаго							
	Жаппай кансоруды							

14.	ң аяқталуы Конец массового кровососа ния		X					X
15.	Құрттар санының ең көбі П и к численнос т и личинок					X	X	X
16.	Соңғы қан сорған ұрғашы жәндіктер Последние самки с кровью		X	X	X	X	X	X
17.	С у айдындар ындағы соңғы құрттар Последние личинки в водоёмах				X	X	X	X
18.	Бірінші диапауза а ғ ы ұрғашыжә ндіктер Первые диапаузи рующие 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							
	Масалард ың тез							

21.	жұқтыру маусымының басталуы Начало сезона эффективной заражаемости комаров	X	X	X	X	X	X
22.	Масалардың тез жұқтыру маусымының соңы Конец сезона эффективной заражаемости комаров	X	X	X	X	X	X
23.	Безгек ауруының адамға берілу мерзімінің басы Начало сезона 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
	Жергілікті безгек ауруына байланысты уақытында тіркеу күні						

25	Дата возможно й регистра ции местного случая ма лярии							
	Кенелер Клещи	Маршруттарының нөмірлері Номера маршрутов						
1.	Маршрут ағы бірінші кенелер Первые клещи на маршруте							
2.	Жаппай белсенділі ктің басталуы Начало массовой активност и							
3.	Кенелерді ң жоғары саны Пик численнос ти клещей							
4.	Жаппай белсенділі ктің соңы Конец массовой активност и							
5.	Табиғатта ғы соңғы кенелер Последние клещи в природе							
6.	Маусымда ғы белсенділі к кезеңі (күндермен) Период активност							

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Дезинфекциялау құралын ың зертханаға келіп 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 средства	Зерттеу мақсаты Цель исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн ай, жыл Дата, месяц, год окончания исследования	Зерттеу әдістемесі НҚ-ры НД на метод испытаний	Зерттеу жүргізген Т.А.Ә (болған жағдайда), колы Ф.И.О (при наличии), подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
263-қосымша
Приложение 263
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ _____ № ___ бұйрығымен бекітілген № 263/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а	Медицинская документация Форма № 263/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Метеорологиялық факторларды өлшеу және зерттеу нәтижелерін беруді тіркеу
ЖУРНАЛЫЖУРНАЛ 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 допустимая/допустимая по нормам	
1	2	3	4	5		6		
Ауаның қозғалыс жылдамдығы Скорость движения воздуха не более м/с	Жылу шығару Тепловое излучение							
Өлшенген Измеренная	Жылу шығару көзінің атауы Наименование источника излучения	Жылу көзінен арақашықтық, сантиметр Расстояние от источника	Өлшенген Вт/м ² Измеренная Вт/м ²	Нормалар бойынша рұқсат етілген Вт/м ² Допустимое по нормам Вт/м ²	Өлшемдер саны/оның ішінде РЕШД-дан жоғары Количество замеров/измерений выше ПДУ	Өлшенген құралдар Приборы для измерения	Зерттеу жүргізген адамның қолы тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество, подпись лица проводившего исследование	Хаттаманы алған адамның қолы, күні Дата и подпись лица, получившего протокол
Зерттеу әдіс еменінің НК-ры НД на метод испытаний								

7	8	9	10	11	12	13
---	---	---	----	----	----	----

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
264-қосымша
Приложение 264
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 264/е нысанды медициналық құжаттама	
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 264/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___	

Жануарлардың тістеуінен, сілекейінің жұғуынан, тырнауынан зардап шеккен адамдарды тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации пострадавших от укусов, ослонений, оцарапывания ЖИВОТНЫМИ

	Хабарламаның берілген	Хабарлама жіберуші	Зардап шеккен адамның тегі,			
--	-----------------------	--------------------	-----------------------------	--	--	--

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	күнімен уақыты, кім хабарлады Дата и час сообщения, кто передал	медициналық ұйымының атауы Наименовани е медицинской организации, пославшей сообщение	аты, әкесінің аты (болған жағдайда), Фамилия, имя , отчество (при наличии) пострадавшего	Жасы Возраст	Мамандығы Профессия	Мекен-жайы Домашний адрес
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

(Продолжение таблицы)

Күні Дата				Жануар иесінің мекен- жайы Адрес хозяина животного	Ветеринария анықтама нөмірі Номер ветеринарной справки	Ветеринария анықтаманы алған күні Дата получения ветеринарной справки
Тістелген Укуса	Көмек сұраған Обращения	Диагноз	Жануардың түрі В и д животного			
8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
265-қосымша
Приложение 265
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 265/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы		Медицинская документация Форма № 265/у

Наименование государственного
о р г а н а
санитарно-эпидемиологической
службы

Утверждена приказом Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от "___" _____
2021 года №___

Сүтқоректілердің эктопаразиттерінің талшықтарын тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации очесов эктопаразитов млекопитающих

Басталуы (Начат) "___" _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20 ж. (г.)

Ретті № № п/п	Күні Дата	Материалдың анықталған орны(елді мекеннің және әкімшілік ауданның аталуы) Место добычи материала (название административного района, населенного пункта, точки сбора)				Жануардың түрі В и д животно го	Ұсақ сүтқоректілердің саны Количество мелких млекопитающих	
							эктопаразиттермен с эктопаразитами	эктопаразиттерсіз без эктопаразитов
1	2	3				4	5	6
Иксодтық кенелер Иксодовые клещи		Гамазды ккене лер Гамазов ы е ккене	Бүрге Блохи	Бит Вши			Ескерту Примечание	
Личинки (L)		Нимфы (N)						
7		8	9	10	11	12		

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
266-қосымша
Приложение 266
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№___
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ № ___ бұйрығымен бекітілген № 266/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 266/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № ___

Дефектоскоптарды, иондаушы сәулелену көздерін және спектрометрлерді
дозиметриялық бақылауды есепке алу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛІ учета дозиметрического контроля дефектоскопов, источники
ионизиционного излучения и спектрометров

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Кәсіпоры н атауы Наимено вание предприя тия	ИСК ИИИ	Зауыт нөмірі Завод номер	Альфа-бе та және гамма рентген сәулелен удің өлшем саны Количест во замеров альфа-бе та и гамма рентген излучени я	Өлшем диапазон ы Диапазон измерени й	Хаттама нөмірі Номер протокол а	Радонды өлшеу саны Количест во замеров радона	Өлшем диапазон ы Диапазон измерени й	Хаттама нөмірі Номер протокол а	Бақыллау күні Дата контроля
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығына
267-қосымша
Приложение 267
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №267/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 267/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау органдарының
инфекциялық және паразиттік ауруларды есепке алу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ учета инфекционных и паразитарных заболеваний
государственными органами санитарно-эпидемиологического контроля

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационны й номер	Эпидемиологиял ық нөмірі (Эпидемиологиче ский номер	Телефон арқылы алынған (берілген) айы, күні және сағаты алғашқы шұғыл хабарламаны жіберген (алған) адамның аты, жөні Дата и часы сообщения (приёма) по телефону и дата отсылки (получения) первичного экстренного извещения кто передал, кто принял	Хабарлама берген медициналық ұйымның атауы Наименование медицинской организации, передавшей сообщение	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), Фамилия, имя, отчество (при наличии) больного	Жасы (3 жасқа дейінгі балалардың туған айы мен жылын көрсетіңіз) Возраст (для детей до 3-х лет, указать месяц и год рождения)
1	2	3	4	5	6

жалғасы/ продолжение

Мекен-жайы (қала, ауыл, көше, үй нөмірі, пәтер нөмірі) Домашний адрес (город, село, улица, номер дома, номер квартиры)	Жұмыс, оқу орнының атауы, мектеп жасына дейінгі балалар ұйымының (сынып, топ) атауы, соңғы барған күні Наименование места работы, учебы, детской дошкольной организации (класс, группа) дата последнего посещения	Ауырған айы, күні, жылы Дата заболевания	Диагноз және оның қойылған күні, айы, жылы Диагноз и дата его установления	Ауруханаға жатқызылған күні, айы, жылы және орны Дата, место госпитализации
7	8	9	10	11

жалғасы/продолжение

Дәрігерге алғашқы қаралған күні Дата первичного обращения	Өзгертілген (нақтыланған) диагнозы, оның анықталған күні Измененный, (уточненный) диагноз и дата его уточнения	Эпидемиологиялық қарап-тексеру жүргізілген күн, инфекциялық ауру ошағында тексеру жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты Дата эпидемиологического обследования, фамилия, имя, отчество обследовавшего Очаг инфекционного заболевания	Тұрақты мекенжай бойынша, балалар ұйымынан, оқу, жұмыс, орындары бойынша ауру оқиғасы туралы мемлекеттік санитариялық эпидемиологиялық органдарға хабарланған күн, ай, жыл Дата сообщения о заболевании в государственные органы санитарно-эпидемиологического надзора по месту постоянного жительства, в детскую организацию, по месту учебы, работы	Зертханалық тексерулер, олардың нәтижелері Лабораторные исследования, результаты	Ескерту Примечание
12	13	14	15	16	17

Радий- 226	Торий- 232	Калий- 40	Цезий- 137	Стронций-90	нуші изотоптар Другие гамма – излучающие изотопы	белсенділігі Удельная эффективная активность
7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
269-қосымша
Приложение 269
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген №269/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 269/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Өнеркәсіптік объектілерді зерттеп-қарауды тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации обследований промышленных объектов

Тіркеу Нөмірі	Күні Дата	объектінің атауы Наименован	Өлшеу жүргізілген орын	Гамма сәулеленудің ЭМҚ мкЗв/с / МЭД гамма излучения мкЗв/час	
				Өлшем саны	Өлшеу нәтижелері

Регистрационный номер				и е объект	Место проведения измерений	Количество измерений		Результаты измерений
1		2		3	4	5		6
Альфа бөлшектер/см2х мин Альфа частиц/см2х мин		Бета бөлшектер/см2х мин Бета частиц/см2х мин		Ауада радонның өлшенген, тең салмақты, баламалы, көлемді белсенділігі Бк/м3 (Измеренная, равновесная, эквивалентная, объемная активность радона в воздухе Бк/м3)		Топырақ бетінен алынған радон ағымының өлшенген тығыздығы (мБк/ш.м.·сек) (Измеренная плотность потока радона с поверхности гранта (мБк/м2·сек)		Өлшеу жүргізген, Т.А.Ә, қолы Измерения проводил
Өлшем саны	Өлшеу нәтижелері	Өлшем саны	Өлшеу нәтижелері	Өлшем саны	Өлшеу нәтижелері	Өлшем саны	Өлшеу нәтижелері	
Количество измерений	Результаты измерений	Количество измерений	Результаты измерений	Количество измерений	Результаты измерений	Количество измерений	Результаты измерений	
7	8	9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
270-қосымша
Приложение 270
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____	
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген №270/е нысанды медициналық құжаттама	

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы
 Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы

Медицинская документация
 Форма № 270/у
 Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Рентген кабинеттерінде жүргізілген өлшемдерді тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛІ 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 излучение мкЗв/час			Өлшеу жүргізген, Т.А.Ә (при наличии), қолы Измерения проводил Ф.И.О (при наличии), подпись	
Өлшем саны Количество измерений	Өлшеу нәтижелері Результаты измерений	Өлшемнен асқан өлшемдер саны Количество измерений с превышением	Өлшеу нәтижелері Результаты измерений	
5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы "___" _____
 № _____ бұйрығына
 271-қосымша
 Приложение 271
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от "___" _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №271/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы
 Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы

Медицинская документация
 Форма № 271/у
 Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Сапаны сырттай бағалау бойынша сынамаларды және зертханааралық салыстыру сынақтарын тіркеу **ЖУРНАЛЫ**

ЖУРНАЛ регистрации проб по внешней оценке качества и межлабораторных личительных испытаний

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Сынама атауы Наименование пробы	Зерттеу түрі Вид исследования	Қайдан жіберілді Откуда направлен	Қайда жіберілді Куда направлен	Жіберілген препараттар саны Количество направленных препаратов	НҚ-ға сәйкес Нормалар Нормы соответствия с НД	Зерттеудің нәтижесі Результат исследований	Нәтижелер сәйкестігінің үлес салмағы Удельный вес совпадения результатов	Зерттеу жүргізілген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы Фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись, проводившего исследование	Ескерту Примечание

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы "___" _____
 №___ бұйрығына
 272-қосымша
 Приложение 272
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от "___" _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №272/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 272/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Қоршау конструкцияларының дыбыс окшаулауын өлшеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации измерения звукоизоляций ограждающих конструкции

Басталуы (Начат) "___" _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистра ционны й номер	Күні айы, жылы Дата, месяц, год	Шаруаш ылық жүргізк ші субъекті нің, ұйымны ң атауы Наимен ование хозяйств ующего субъекта , организа ции	Өлшеулер саны Количество замеров						Қолдан ылған құралда рдың атауы Наимен ование использ ованных приборо в	Өлшеул е р жүргізге н маманда рды Т.А.Ә (_____ болған жағдайд а) және колы Ф.И.О (_____ при наличии) и подпись специал истов проводи вших измерен ия
			Фоновы й шум	ревербе рации	Воздушный шум		Ударный шум			
			Барлығы Всего	Барлығы Всего	Барлығы Всего	Рұқсат етілген шегінен жоғары Выше ПДУ	Барлығы Всего	Рұқсат етілген шегінен жоғары Выше ПДУ		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

№ _____ бұйрығына
 273-қосымша
 Приложение 273
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " ____ " _____ 2021 года

№ _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №273/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 273/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттамаларды тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации протоколов об административных правонарушениях

№ п/п	Құқық бұзушыл ықты анықтаға н орган Орган выявивш и й правонар ушение	Әкімшілі к істің нөмірі Номер админист ративног о дела	Жасалған күні Дата заведени я	Аты-жөні хаттаман ы толтырға н , Хаттама жасаған адамның лауазым ы Ф.И.О (при наличии) лица составив шего	Жеке тұлға, занды тұлға, жеке кәсіпкер туралы мәліметт ер (ЖСН, БСН, Т. А. Ә., мекенжа йы) Сведения о физическ ом лице, юридиче ском	Жұмыс түрі, лауазым ы, жұмыс орны, телефоны Р о д занятий, должност	Жасалған орны, мекен-жа йы. Место совершен ия, адрес.	Қ Р ӘҚБтК біліктіліг і Квалифи кация КоАП РК	Өндірісті қамтамас ыз ету шаралар ы Меры обеспече ния
----------	--	--	---	---	--	---	---	--	--

				протокол , Должност ть лица составив шего протокол	лице, индивиду альном предприн имателе (ИНН, БИН, ФИО, адрес)	ь, место работы, телефон			производ ства
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Жалғасы

продолжение

Тұлғаны әкімшілік жауапкершілі кке бұрын тартылғаны туралы деректер Данные о раннем привлечении к администрати в н о й ответственнос ти лица	Өтінішхаттар дың болуы Наличие ходатайств	Қарау күні мен нәтижесі, қабылданған шаралар Дата и результат рассмотрения, принятые меры	Танысу туралы мәліметтер Сведения об ознакомлении	Материал / хаттама бойынша шешім Решение по материалу/ протоколу	Төлеу күні (қысқартылған өндірісте) Дата уплаты (в сокращенном производстве)	Басқа белгілер Прочие отметки
11	12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
273-1-қосымша

Приложение 273-1 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Сноска. Приказ дополнен приложением 273-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 20.06.2024 № 24 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

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

1	2	3	4	5	6	7	8
	и я , продлении сроков расследования)	наличии) руководите ля (индивидуал ьного предприним ателя или юридическо го лица) в отношении которого начато расследован ие)	нарушение которых (выявлено в ходе расследован ия)	расследован ии)			г о расследовав ние)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ " _____
№ ____ бұйрығына
274-қосымша
Приложение 274
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года
№ ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №274/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 274/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

Ұсақ сүтқоректілердің санын есепке алудың ДАЛАЛЫҚ ЖУРНАЛЫ
ПОЛЕВОЙ ЖУРНАЛІ учета численности мелких млекопитающих

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж. (г.)
 Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Материалды алу орны (әкімшілік аймағының атауы мен зерттеу нүктесі) Место добычи материала (название административного района и точка обследования)	Аулау құралдарының саны (Количество орудий улова)		Ұсақ сүтқоректілердің саны Количество мелких млекопитающих	Ұрғашылардың генеративтік күйі және жынысы Пол и генеративное состояние самок	Биосынама № № биопробы	Сүтқоректілер санының пайыздық көрсеткіші Показатель численности мелких млекопитающих %
			торлар ловушки	қақпан капкан				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы " ____ " _____
 № ____ бұйрығына
 275-қосымша
 Приложение 275
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " ____ " _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №275/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы
 Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы

Медицинская документация
 Форма № 275/у
 Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Кәсіптік ауруды (улануларды) есепке алу КАРТАСЫ КАРТА учета профессионального заболевания (отравления)

Толтырылған күні (Дата заполнения)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)		
Деректердің мазмұны (Содержание сведений)	Беттің № № (страницы)	Коды (Код)	
Республика	1		
Облыс, қала (область, город)	2		
Сала түрі Вид отрасли	3		
Нысан атауы Наименование объекта	4		
Жұмыс орны, цех, бөлімше, учаске, лауазымы (Место работы, цех, отделение, участок, должность)	5		
Кәсіптік ауру (улану) туралы хабарлама Алынған күн (Дата получения извещения о профессиональном заболевании (отравление))	6		
Науқасты қосқанда, бір уақытта зардап шеккендер саны Число одновременно пострадавших, включая данное лицо	7		
Зардап шегушінің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пострадавшего)	8		
Жынысы (Пол): ер (мужской) – 1; әйел (женский) - 2	9		
Жасы (жыл саны) (Возраст (число лет))	10		
Кәсібі (Профессия)	11		
Осы кәсіптегі еңбек өтілі, жылдар (Стаж работы в данной профессии, лет)	12		
Кәсіптік ауруды тудырған зиянды өндірістік фактормен байланысты еңбек өтілі (Стаж работы в контакте с вредным производственным фактором, вызвавшим профзаболевание, лет)	13		
Кәсіптік ауруды (улануды) тудыруға себепкер болған зияды өндірістік факторлар (Вредные производственные факторы, послужившие причиной профзаболевания (отравления))			

1. Негізгі (Основной)	14	
2. Қосымша (Сопутствующий)	15	
Негізгі фактордың параметрлері (Параметры основного фактора)	16	
Қосымша факторлардың параметрлері (Параметры сопутствующих факторов)	17	
Кәсіптік ауруды тудырған жағдайлар (Обстоятельства возникновения профзаболевания)	18	
1.	19	
2.	20	
Кәсіптік аурудың түрі (Виды профзаболевания): ауру (заболевание) - 1; улану (отравление) – 2	21	
Кәсіптік аурудың түрі (Форма профзаболевания): жіті (острое) – 1; созылмалы (хроническое) - 2	22	
Диагноздары (Диагнозы): негізгі (основной)	23	
Қосымша (сопутствующий)	24	
Кәсіптік ауру (улану) анықталды (Профзаболевание (отравление) выявлено): медициналық тексеру кезінде (при медицинском осмотре) – 1; қаралғанда (при обращении - 2)	25	
Диагноз қойылды (Диагноз установлен): емдеу-алдын алу ұйымында (бұдан әрі –ЕААҰ) (лечебно-профилактической организацией (далее - ЛПО)) – 1; алдын алу бөлімшесінде (бұдан әрі – профбөлімше) (профилактическим отделением (далее - профотделение)) – 2;ғылыми -зерттеу институтында (бұдан әрі - ҒЗИ) (научно-исследовательским институтом (далее - НИИ)) - 3	26	
Аурудың ауырлығы (Тяжесть заболевания): 1 - еңбекке қабілеттілігін жоғалтпай (без утраты трудоспособности); 2 - еңбекке қабілеттілігін жоғалтуымен (с утратой трудоспособности); 3 - қайтыс болуы (смерть)	27 28	
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органы қабылдаған шаралар (Меры принятые государственным органом санитарно-эпидемиологической службы)	29	

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің лауазымды тұлғасы
(Должностное лицо санитарно-эпидемиологической службы) _____

тегі, аты, әкесінің аты, қолы (фамилия, имя, отчество, подпись)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы " ____ " _____
 № ____ бұйрығына
 276-қосымша
 Приложение 276
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " ____ " _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " ____ _____
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		№ _____ бұйрығымен бекітілген №276/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 276/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

Инфекциялық және паразиттік ауру ошағын эпидемиологиялық зерттеп-қарау КАРТАСЫ

КАРТА эпидемиологического обследования очага инфекционного и паразитарного
заболевания № _____

1. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда),
(Фамилия, имя, отчество (при наличии) больного)

2. Жынысы (Пол) _____ науқас жергілікті (больной местный),
сырттан келген (приезжий)

3. Туған күні, пациенттің ЖСН (Дата рождения, ИИН пациента)
_____ толық жасы (число полных лет) _____

4. Мекен-жайы (Домашний адрес) _____

5. Жұмыс, оқу орны, мектепке дейінгі балалар ұйымы (бұдан әрі - МБҰ)
(Место работы, учебы, детской дошкольной организации (далее -ДДО))

6. Кәсібі (Род занятий) _____

7. Жұмыс, оқу орнына, БҰ-на соңғы рет барған күні (Дата последнего посещения места работы, учебы, ДО) _____

8. Медициналық ұйымы (бұдан әрі -МҰ), шұғыл хабарламаның түскен күні, уақыты (Медицинская организация (далее-МО), дата, время поступления экстренного извещения)

1. МКБ-10 бойынша алғашқы диагноз (Первичный диагноз по МКБ-10)

10. Аурудың клиникалық белгілері (Клинические симптомы болезни)

11. Науқас диагностикалық қызметте анықталды (Больной выявлен с диагностической целью): дәрігерге қаралғанда (при обращении), кәсіби зерттеп-тексеру кезінде (профессиональном обследовании), эпидемиологиялық көрсетімдері бойынша зерттеп-қарау кезінде (обследовании по эпидемиологическим показаниям)

12. Эпидемиологиялық зерттеп-қарау жүргізу күні мен уақыты (Дата и время проведения эпидемиологического обследования)

13. Ауырған (Даты заболевания) _____ қаралған (обращения) _____ ауруханаға жатқызылған күндері (госпитализации) _____

14. Жатқызылған орны (Место госпитализации) _____

15. Ауруханаға жатқызылмаған себебі (Не госпитализирован по причине)

16. Жазылған күні (немен аяқталды) (Дата выздоровления (исход))

17. Науқасқа зертханалық зерттеулер жүргізу күні және орны (Дата и место проведения больному лабораторных исследований):

Зерттеу түрлері Виды исследования	Осы диагнозды растайтын тексеру нәтижелері (күні) Результаты обследования (даты), подтверждающие данный диагноз
Клиникалық Клинические	
Биохимиялық Биохимические	
Бактериологиялық Бактериологические	
Серологиялық Серологические	

Вирусологиялық Вирусологические	
Басқалары Другие	

18. Ауырған адамның осы инфекцияға қарсы егілгендігі туралы мәлімет (күндерін көрсетіңіз)(Сведения о вакцинации заболевшего против данной инфекции (указать дни))

19. Иммундаудың жүргізілмеу себептері (Причины отсутствия иммунизации)
Инфекцияның көзі мен берілу факторларын іздеу
(Поиск источника и факторы передачи инфекции)

20. Жұқтырудың болжамды мерзімдері (Ориентировочные сроки заражения)
(с) _____ бастап (по) _____ дейін

21. Жұқтыру мүмкін орын мен оған ықпал еткен жағдайлар мен шарттар
(Предполагаемое место заражения, обстоятельства и условия способствующие этому):

	Жағдайлар Обстоятельства	Мерзімі Сроки
Басқа елді мекенде болуы Нахождение в другом населенном пункте		
Туыстарына, таныстарына баруы Посещение родственников, знакомых		
Табиғат аясында демалуы Отдых в природных условиях		
Сауықтыру ұйымында болуы Пребывание в оздоровительной организации		
Стационарда болуы Нахождение в стационаре		
Қан және оның препараттарын күйю Переливание крови и ее препаратов		
Медициналық іс-әрекеттер, қандай екендігін көрсетіңіз Медицинские манипуляции, указать какие		
Жануарлармен, құстармен байланысы Общение с животными, птицами		
Су құбырларында, канализацияда апат болуы Аварии на водопроводе, канализации		

Басқалар (жазыңыз)		
Другие (вписать)		

22. Инфекцияның көзі болып табылуы мүмкін адамдар (Лица, которые могли явиться источником инфекции)

Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Пациенттің ЖСН ИИН пациента	Қарым-қатынас сипаты Характер отношений	Араласқан орны Место общения	Тексеру нәтижесі Результат обследования
---	--------------------------------	--	---------------------------------	--

23. Инфекцияның ықтималды берілу факторлары туралы мәліметтер (Сведения о наиболее вероятных факторах передачи инфекции)

Болжамды берілу факторлары Предполагаемые факторы передачи	Қолданған күні мен уақыты Дата и время употребления	Дайындалған (қолданған) орны Место приготовления (употребления)	Жұқтыруға ықпал еткен жағдайлар Обстоятельства, способствующие заражению
---	--	--	---

24. Инфекция ошағында тұрғылықты жері бойынша жүргізілген шаралар (мекен-жайы)

(Мероприятия в очаге по месту жительства (адрес))

Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Туыстық жақындығы Степень родства	Байланыста болған адамдардың егу мәртебесі Прививочный статус контактных лиц	Жұмыс орны Место работы	Тексерілу күні Дата обследования	Анықталған науқастар, бактерия тасымалдаушылар Выявлено больных, бактерионосителей	Егілгендер, алғандар (күндері, препарат) Привито, профагировано (даты, препарат)	Дезинфекция түрі, күні Тип дезинфекции, дата
---	-----------------------------	--------------------------------------	---	----------------------------	-------------------------------------	---	---	---

25. Жұмыс, оқу орнындағы инфекция ошағында жүргізілген шаралар (мекен-жайы) (Мероприятия в очаге по месту работы, учебы (адрес))

Ұжымның атауы Наименование коллектива	Қарым-қатынаста болғандар саны Число контактных	Зертханалық жолмен тексерілгендер (күні, саны) Обследовано лабораторно (дата, количество)	Анықталған науқастар, бактерия тасымалдаушылар Выявлено больных, бактерионосителей	Егілгендердің, алғандардың саны (күндері, препарат) Привито, профагировано (даты, препарат)	Мерзімі (сроки)	Дезинфекция түрі (күні) Тип дезинфекции (дата)
--	--	--	---	--	-----------------	---

Осы науқасқа байланысты ошақтардың санитариялық-эпидемиологиялық сипаттамасы

(Санитарно-эпидемиологическая характеристика очагов, связанных с данным больным)

Тұрғылықты жері бойынша

(По месту жительства)

26. Тұрғын үйінің жағдайы (Жилищные условия): жеке пәтер (отдельная квартира), жеке меншік үй (частный дом), ортақ пәтердегі бөлме (комната в общей квартире), жатақхана (общежитие), қонақ үй (гостиница), басқалар (прочие)

27. Сумен қамтамасыз етілу сипаты (Характеристика водоснабжения): су құбыры (водопровод), колонка, бұрғыланған, қазылған құдық, тасып әкелінетін су (привозная вода)

Судың сапасы (качество воды) (айтуларынша (со слов))

Су берудің тұрақтылығы (Регулярность подачи)

Жүйедегі апаттар (Аварии в системе)

28. Қалдықтарды жинау және шығару түрлері (Вид сбора и удаления нечистот): кәріз, тазаланатын шұңқыр (выгребная яма), ауладағы дәретхана (надворный туалет), басқасы (другое) _____

29. Инфекциялық ауру пайда болуы тұрғысынан маңызы бар басқа факторлар (Значение других факторов в возникновении данного инфекционного заболевания) _____

30. Тұрғылықты жеріндегі ошақта сыртқы ортадан алынған материалдарды зертханалық зерттеулер (Лабораторные исследования материалов из внешней среды в очаге по месту жительства):

Күні 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 орындар (По месту работы, учебы, воспитания, отдыха, лечения и так далее)

31. Науқас болған нысанның және оның құрылымдарының (цехтың, сыныптың, топтың) атауы (Наименование объекта, его структурного подразделения (цеха, класса, группы)), в котором находился больной

сумен жабдықталуы (водообеспечение) _____

канализация _____

санитариялық жағдайы (санитарное содержание) _____

тамақтану шарттары (условия питания) _____

эпидемиологиялық көрсеткіштер бойынша нысанда қолға алынған шаралар (меры, принятые на данном объекте по эпидемиологическим показаниям)

32. Жұмыс/оқу орындарындағы ошақтың сыртқы орталарынан алынған материалдарды зертханалық зерттеулер (Лабораторные исследования материалов из внешней среды в очаге по месту работы/учебы):

Күні Дата	Үлгі атауы Наименование образца	Зерттеудің түрі Вид исследования	Зерттеу мақсаты Цель исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования

Санитариялық-эпидемиологиялық тексерудің
санитариялық-эпидемиологиялық қорытындысы
Санитарно-эпидемиологическое заключение
санитарно-эпидемиологического расследования

33. МКБ-10 бойынша қорытынды диагноз (Окончательный диагноз по МКБ-10)

34. Қойылған күні мен орны (Дата и место установления)

35. Диагноз қойылды (Диагноз установлен): клиникалық жолмен
(клинически), зертханалық жолмен расталды

36. (подтвержден лабораторно), мынаған өзгертілді (изменен на):

37. Инфекция жұқтырылған аумақ (Территория заражения) республика, облыс
(область), аудан (район), қала (город), елді мекен (населенный пункт)

38. Инфекцияны жұқтырған орын (Место заражения): тұрған жеріндегі БҰ,
мектеп, оқу орны, МҰ (ДО, школа, учебное заведение, МО, по месту
жительства) _____

39. Инфекция көзі (Источник инфекции) _____

40. Инфекцияның берілу факторы мен жолы (Фактор и путь передачи
инфекции): су, тамақ арқылы, ауа-тамшылық, трансмиссивті және басқа
жолмен (водный, пищевой, воздушно-капельный, трансмиссивный и другие)

41. Инфекцияны жұқтыруға ықпал еткен жағдайлар: инфекция көзін (ауруды,
бактерия тасымалдаушыны) дер кезінде анықтамау және оқшауламау, науқаста осы
инфекцияға қарсы екпелердің болмауы, жеке бас тазалығын сақтау
жағдайларының болмауы, сапасыз ауыз су, шомылу, су құбырындағы, кәріз
жүйесіндегі авария, анықталмады, басқа жағдайлар (Условия,
способствующие заражению: несвоевременное выявление и
изоляция источника инфекции (больного, бактерионосителя), отсутствие
прививок у больного против данной инфекции, отсутствие условий для
соблюдения личной гигиены, некачественная питьевая вода, купание,

аварии на водопроводе, канализационной сети, не установлено, другие условия)

42. Осы ошақтағы ауырғандардың жалпы саны (Общее число заболевших в данном очаге)

43. Ошақты бақылау аяқталған күн (Дата окончания наблюдения за очагом)

Эпидемиологиялық тексеру жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты, лауазымы, қолы (Фамилия, имя, отчество, должность, подпись проводившего эпидемиологическое расследование)

Бөлім бастығының тегі, аты, әкесінің аты, қолы (Фамилия, имя, отчество, подпись начальника отдела)

Эпидемиологиялық карта тапсырылған күн. Осы жағдай № 1 есептік статистикалық пішінмен санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органы қай айда есепке алды. (Дата сдачи эпидемиологической карты. В каком месяце данный случай учтен государственным органом санитарно-эпидемиологической службы, в отчетной статистической форме № 1.)

Ескертпе: барлық қайтыс болумен аяқталған жағдайларды

Эпидемиологиялық тергеп- тексеру картасы толтырылады және мұндай жағдайлар № 1 (инфекциялық және паразиттік аурулар туралы есеп) нысан бойынша есепке алынуы тиіс.

(Примечание: на все летальные исходы должны также заполняться карты эпидемиологического расследования и данные случаи должны быть учтены в форме № 1 (отчет об инфекционных и паразитарных заболеваниях))

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда),

Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность исполнителя

қолы (подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
277-қосымша
Приложение 277
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 277/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 277/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Зоонозды аурулар ошағын эпизоотологиялық-эпидемиологиялық зерттеп-қарау КАРТАСЫ

КАРТА эпизоотолого-эпидемиологического обследования очага зоонозного
заболевания

1. Нозологиялық түрі (Нозологическая форма) _____

2. Қоздырғыштың түрі (Вид возбудителя) _____

3. Ауырған немесе ауруға күдікті жануардың анықталғаны туралы
хабарламаның алынған күні (Дата получения сообщения о выявлении
заболевания животного или подозрение на него):

а) _____

_____ ветеринариялық ұйымға (в ветеринарную организацию)

б) _____ мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық
қадағалаудың аймақтық органына (территориальный орган
государственного санитарно-эпидемиологического надзора)

4. Адамның ауырғаны туралы хабарлама алынған күн (Дата получения
сообщения о заболевании человека):

_____ ТҚҚБ (УЗПП), _____ ветеринариялық бөлімге (ветотдел)

5. Алдын-ала қойылған диагноз (Предварительный диагноз)

иесінің мекен-жайы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (адрес, Ф.И.О (при наличии) владельца)

10. Ауырған және өлген (өлтірілген) малдың түрі мен тиістілігі
(Вид и принадлежность заболевших и павших (убитых) животных)

күнін жазыңыз (вписать число)

11. Инфекцияның табиғи-ошақтық ошағындағы алдыңғы эпизоотологиялық жағдай (Предшествовавшая эпизоотическая ситуация в очаге природно-очаговой инфекции)

жауабын қоршаңыз (ответ обвести)

Тұрғындарға жүргізілген сұрау деректері бойынша По данным опроса населения						Эпизоотологиялық тексеру деректері бойынша По данным эпизоотологического обследования							
Осы инфекция бойынша аумақ энзоотикалы Территория по данной инфекции энзоотична		Кеміргіштер санының ұлғаюы Увеличение численности грызунов		Тасымалдаушылар санының ұлғаюы Увеличение численности переносчиков		Кеміргіштер санының ұлғаюы		Увеличение численности грызунов		Қансорғыш буынаяқтылардың болуы және санының өсуі		Эпизоотияның болуы	
						жабайы диких		синантропты синантропных					
иә	жоқ	иә	жоқ	иә	жоқ	иә	жоқ	иә	жоқ	иә	жоқ	иә	жоқ
да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет

12. Жануарлардың осы ауруды тудыруға себепші болған жағдайлар (астын сызыңыз): анықтау мүмкін болмады (01), инфекцияны жұқтырған жануарлардың сырттан әкелінуі (02), инфекцияланған жем-шөптің сырттан әкелінуі (03), жабайы немесе қараусыз малдың пайда болуы (04), инфекцияланған тасымалдаушылардың пайда болуы (05), кеміргіштер санының өсуі (06), қайта топтастыру немесе ауру жануарлармен бірге ұсталуы (07), инфекцияланған жайылымдарды, суаттарды пайдалану (08), жер қазу жұмыстарын жүргізу (09), басқалары (10).

(Условия, способствовавшие возникновению настоящих заболеваний животных (подчеркнуть): выявить не удалось (01), завоз инфицированных животных (02), завоз инфицированных кормов (03), появление диких или безнадзорных животных (04), появление инфицированных переносчиков (05), рост численности грызунов (06), перегруппировка или совместное содержание с больными животными (07), использование

инфицированных пастбищ, водоемов (08),
 проведение земляных работ (09), другие (10).)

13. Жануарлар мен сыртқы ортадан алынған материалды зертханалық зерттеу (Лабораторное исследование материала от животных и из внешней среды):

Жануардың түрі, зерттелген материалдың атауы Вид животного, наименование исследованного материала	Зерттеу күні Дата исследования	Зерттелген үлгілердің саны Число исследованных проб	Зерттеу әдісі Метод исследования	Нәтижелер (коздырғыштың түрі, серовары., титрі) Результаты (вид, серовар, титр возбудителя)
--	-----------------------------------	--	-------------------------------------	--

14. Ауру жануарлар оқшауландырылды, өлді, өлтірілді, ошақтың сыртына шығарылды, қашып кетті, ошақта қалды, өлекселері өртелді, кәдеге жаратылды, көмілді, ауру жануардың өнімдері (шикізат): үйде қолданылды, жекеше түрде таратылды, қоймаға өткізілді, көтерме және бөлшек саудада сатуға, қоғамдық тамақтану объектілеріне жіберілді, жойылды (астын сызыңыз) (Больные животные изолированы, пали, убиты, вывезены за пределы очага, сбежали, остались в очаге, трупы сожжены, утилизированы, зарыты, продукты (сырье) от больного животного: использованы на дому, розданы частным образом, сданы на склад, отправлены на оптовую и розничную продажу, на объекты общественного питания, уничтожены (подчеркнуть))

15. Ауруды жұқтыруы мүмкін адамдар саны (ауырғандарды қоса) (Число лиц, имевших возможность заразиться (включая заболевших))

16. Оның ішінде өндірістік жағдайлар (В том числе в производственных условиях) _____

17. Оның ішінде өздері келіп қаралғандар (в т.ч. обратились самостоятельно) _____

18. Оның ішінде белсенді түрде анықталғандар (в т.ч. выявлены активно) _____

19. Шұғыл профилактикалық немесе антирабиялық көмек алған адамдар саны (Число лиц, получивших экстренную профилактическую или антирабическую помощь)

20. Ошақтағы ауырған адамдар саны (Число заболевших в очаге людей)

2. Сол жағдайлар ауруды жұқтыруы мүмкін адамдарды бақылау (Наблюдение за лицами, имеющими возможность заразиться в тех же условиях)

						Күні Дата	Болжамды жұқтырыл

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Жынысы Пол	Туған күні Дата рождения	Үй мекен-жайы Домашний адрес	Жұмыс орны, кәсібі Место работы, род занятий	Қаралу Обращения	Анықталу Выявления	у күні, орны, жағдайы Дата, место, условия возможно заражения
--	---	---------------	-----------------------------	---------------------------------	---	---------------------	-----------------------	--

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Осы инфекцияға қарсы иммунизациялау алдында жүргізілген иммунизациялау күні Дата предшествовавшей иммунизации против данной инфекции	Шұғыл алдын профилактика антирабиялық емдеу (күні, препараты, сериясы, схемелар) схема бұзылған жағдайда себебін көрсетіңіз Экстренная профилактика, антирабическое лечение (дата, препарат, серия, схемы) в случае нарушения схемы указать причину	Емдеуге жатқызу күні мен орны Дата и место госпитализации	Зертханалық тексеру күні және нәтижесі Дата и результат лабораторного обследования	Қатынаста болған адамдардың ауырған күні Дата заболевания контактных лиц
---	--	--	---	---

3. Ошақты жою жөніндегі іс-шаралар Мероприятия по ликвидации очага

21. Карантин (қолайсыз) жарияланды, жарияланбады (астын сызыңыз)

(Карантин (неблагополучие) объявлен, не объявлен (подчеркнуть)), күні (дата) басталуы (начала) _____ аяқталуы (окончания) _____

22. Жануарлардың өлекселерін кәдеге жарату (Утилизация трупов животных): күні (дата) _____

тәсілі (өртелді, көмілді, ветеринариялық-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 (эпизоотикалық көрсетімдері бойынша) Профилактические прививки (по эпизоотическим показаниям)			
Қараусыз қалған жануарларды аулау Отлов безнадзорных животных			

Жабайы андарды ату Отстрел диких животных					
Дерати-зация, м2	Табиғи ошақта В природном очаге				
	Өндірісте На производстве				
	Тұрмыста В быту				
Зерттеу Исследование					
Оқшаулау Изоляция					
Союға өткізу Сдача на убой					
Емдеу Лечение					
Шаралар жүргізілмеді Мероприятия не проводились					
	Саны Количество	Күні Дата	Әдісі, құралдары(жою, өңдеу, дезинфекциялау, дезинфекциялау-жазыңыз) Способ, средства (уничтожение, переработка, дезинфекция, дезинсекция - вписать)	Жүргізу орны Место проведения	Орындалуын бақылау және нәтиже Контроль исполнения и результат
Ет және ет өнімдері Мясо и мясные продукты					
Сүт және сүт өнімдері Молоко и молочные продукты					
Басқа да азық-түлік тағамдары					

Другие продукты питания					
Малшару ашылығы шикізаттары мен одан жасалатын бұйымдар Животное сырье и изделия из него					
Су Вода					
Малдың қиы, топырақ Навоз, почва					
Түсіктер, өлі туған ұрықтар, малдың шаранасы және басқасы Абортированные, мертворожденные плоды, последние и другие					
Өндірістік үй-жайлар Производственные помещения					
Тұрмыстық үй-жайлар					

Бытовые помещения					
Басқа факторлар Другие факторы					

23. Инфекцияның берілу факторларын зарарсыздандыру бойынша шаралар
Меры по обезвреживанию факторов передачи инфекции

24. Ошақты жоюжөніндегі іс-шаралар туралы санитариялық-эпидемиологиялық және ветеринариялық қорытынды

Санитарно-эпидемиологическое и ветеринарное заключение о мероприятиях по ликвидации очага

Екпе егілген жануарлар Привито животных	Жойылған жануарлар Уничтожено животных	Союға өткізілгені Сдано на убой	Өңделген аландар Обработано площадей			Іс-шаралар жүргізілген жоқ Мероприятия не проводились
			Дезин-фекция	Дезин-секция	Дерати-зация	
1	2	3	4	5	6	7

25. Ошақ және жүргізілген іс-шаралар туралы қосымша мәліметтер
(Дополнительные сведения об очаге и проведенных мероприятиях):

Дәрігер-эпизоотологтың тегі, аты, әкесінің аты, қолы (Фамилия, имя, отчество, подпись врача эпизоотолога)

Дәрігер-эпидемиологтың тегі, аты, әкесінің аты, қолы (Фамилия, имя, отчество, подпись врача эпидемиолога)

Зоонозды аурулар ошағын эпизоотологиялық-эпидемиологиялық тексеру картасына (№ 329/е пішіні)

Қосымша парақ Вкладной лист

К карте эпизоотолого-эпидемиологического обследования очага зоонозного заболевания (форма № 329/у)

1. Қорытынды диагноз (Окончательный диагноз)

2. Қоздырғыштың серологиялық тобы, түрі (Вид, серогруппа возбудителя)

3. Науқас (Больной): жергілікті (местный) (1), сырттан келген (приезжий) (2), қайдан келді (жазыңыз) (откуда прибыл (вписать))

4. Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии))

5. Мекен-жайы (Домашний адрес), елді мекен (населенный пункт)
_____ қала (город), ауыл (село) _____

6. Жасы (Возраст) _____

7. Жынысы (Пол) _____

8. Қысқаша эпидемиологиялық анамнез, болжамды жұқтырылу орны (Краткий эпидемиологический анамнез, вероятное место заражения)

9. Кәсібі (Род занятий) _____

10. Науқас туралы хабарлама алынды (Сообщение о больном получено) күні, сағаты (дата, час) _____

11. Хабарламаны кім жіберді (Кем направлено сообщение)

12. Шұғыл хабарлама бойынша диагнозы (Диагноз по экстренному извещению) _____

13. Алғашқы қойылған диагнозы дұрыс, (дұрыс емес) (Первоначальный диагноз правильный, (неправильный))

14. Науқас (Больной выявлен при): кәсіби тексеру (профессиональном обследовании) (1), эпидемиологиялық көрсетімдері бойынша тексеру кезінде (обследовании по эпидемиологическим показаниям) (2), медициналық көмек алуға келгенде (обращении за медицинской помощью) анықталды (3)

15. Эпидемиологиялық тексеру күні (Дата эпидемиологического обследования)

			19. Шұғыл хабарлама		
--	--	--	---------------------	--	--

16. Ауырған күні Дата заболевания	17. Қаралған (анықталған) күні мен орны Дата и место обращения (выявления)	18. Ауруха наға жатқызылған күні Дата госпитализации	жіберуге себеп болған диагнозының қойылған күні Дата установления диагноза, по поводу которого прислано экстренное извещение	20. Қорытынды диагноз қойылған күн Дата становления окончательного диагноза	21. Ауруханадан шыққан күні (жазылып) (1), (қайтыс болды) (2) Дата выписки из стационара (выздоровление) (1), (смерти) (2)
---	---	--	---	---	---

22. Ауруханаға жатқызылған орны, көлік (Место госпитализации, транспорт)

23. Үйінде қалдырылды (себебі) (Оставлен на дому (причина)):

клиникалық көрсетімдерінің болмауы

(отсутствие клинических показаний), ауруханада орын болмауы

(отсутствие мест в стационаре) ауруханаға жатудан бас тартуы (отказ

от госпитализации) астын сызыңыз (подчеркнуть)

24. Ауруханаға кеш жатқызылу себебі (Причина поздней госпитализации):

ауруханада орын болмауы

(отсутствие мест в стационаре), кеш қаралуы (позднее

обращение), диагноздың кеш қойылуы (поздняя диагностика), бас тартуы

(отказ) астын сызыңыз (подчеркнуть)

25. Зертханалық зерттеулер (Лабораторные исследования)

жүргізілді (проводились) (1), жүргізілмеді (не проводились) (2)

26. Диагноз қойылды (Диагноз установлен): клиникалық (клинически)

(1), зертханалық жолмен (лабораторно) (2), кешенді (комплексно) (3),

басқа әдістермен (другими методами) (4).

Клиникалық Клинически	Күні Дата	Тексеру нәтижесі Результат обследования
Бактериологиялық (Бактериологически) (вирусологиялық (вирусологически))		
Микроскопиялық (Микроскопически)		
Иммунологиялық (аллергиялық) (Иммунологически (аллергологически))		
Биохимиялық (Биохимически)		
Зертханалық жолмен		

Сертификаттық жолмен Лабораторно	Басқа әдістермен (Другими методами)		
-------------------------------------	--	--	--

27. Науқас бұрын егілген (1), егілмеген (2), оның ішінде эпидемиологиялық көрсетімдерінің, медициналық қарсы көрсетімдерінің салдарынан, бас тартуына, басқа себептерге байланысты (астын сызыңыз) (Больной ранее привит (1), не привит (2), в том числе из-за отсутствия эпидемиологических показаний, по медицинским

противопоказаниям, из-за отказа, по другим причинам (подчеркнуть))

28. Шұғыл профилактикалық немесе антирабиялық қарсы көмек көрсету (Экстренная профилактическая или антирабическая помощь): жүргізілді (проводилась) (1), жүргізілмеді (не проводилась) (2), оның ішінде схеманың бұзылуымен (в том числе с нарушением схемы) (3)

29. Шұғыл алдын алу немесе құтырмаға қарсы көмек көрсетілгені туралы деректер (Данные об экстренной профилактике или антирабической помощи): күні (дата), препарат, дозасы (доза)

сериясы (серия)

жүргізілмеген немесе сызбасы бұзылған жағдайда себебін көрсетіңіз:

бас тартуы, медициналық қарсы көрсетімдер, өз бетімен тоқтатуы, асқынулар

(в случае не проведения или нарушения схемы указать причину: отказ, медицинские противопоказания, самовольное прекращение, осложнения)

30. Клиникалық түрі (Клиническая форма)

31. Зақымдану орны (Локализация поражения): басы, мойыны, беті, денесі, қолының басы, иығы, аяқтары, көптеген орындар (астын сызыңыз) (Локализация поражения: голова, шея, лицо, туловище, кисти рук, плечо, нижние конечности, множественные (подчеркнуть))

32. Аурудың ауырлығы (Тяжесть заболевания): жеңіл (легкое), ауырлығы орташа (средней тяжести), (ауыр) тяжелое

33. Ауру (Заболевание): кәсіптік (профессиональное) (1), кәсіптік емес (не профессиональное) (2) астын сызыңыз (подчеркнуть)

34. Жұқтыру көзі туралы мәліметтер (Сведения об источнике заражения)

Ірі кара мал КРС	Ұсақ мал МРС	Жылқы Лошади	Шошқа Свиньи	Басқа да ауыл / малшаруашы лығы Другие сель/ хоз. животные	Ит Собаки	Мысық Кошки
1	2	3	4	5	6	7

кестенің жалғасы

продолжение таблицы

Қасқырлар Волки	Түлкілер Лисицы	Жанат тәрздіттер Енотовидные собаки	Басқа жабайы жыртқыштар Другие дикие хищники	Жабайы тұяқтылар Дикие копытные	Кеміргіштер Грызуны	Анықталмаған Н е установленны е
8	9	10	11	12	13	14

35. Жануардың тиістілігі (Принадлежность животного): мемлекеттік ауылшаруашылық (сельскохозяйственное государственное) (1), жеке меншік (личное) (2), оқшауланған мысықтар, иттер (кошки, собаки изолированные) (3), иесіз мысықтар, иттер (кошки, собаки безнадзорные) (4), жабайы (дикие) (5), иесі анықталмаған (принадлежность не установлена) (6) астын сызыңыз (подчеркнуть)

36. Жануарларды бақылау нәтижелері (Результат наблюдения за животными): оқшауланды (изолировано), өлді (пало), өлтірілді (убито), ошақтың сыртына шығарылды (вывезены за пределы очага), қашып кетті (сбежало), үйірде, отарда, инфекция ошағында қалды (осталось в стаде, отаре, очаге) астын сызыңыз (подчеркнуть)

37. Жануардың диагнозы зертханалық жолмен (Диагноз у животного лабораторно): расталған (подтвержден) (1), расталмаған (не подтвержден) (2), зерттелмеген (не исследовалось) (3) астын сызыңыз (подчеркнуть)

38. Адамға жұғуына ықпал еткен жағдайлар (Условия, способствовавшие заражению человека) қоршап көрсетіңіз (обвести)

АнықталмадыНе установлено	Санитариялық-эпидемиологиялық режим мен қағидалардың бұзылуы Нарушение санитарно-эпидемиологического режима и правил				
	Тағам өнімдерін дайындау және сақтау Приготовление и хранение пищевых продуктов	Тағам өнімдерін сату Реализация пищевых продуктов	Жануарларды қолда ұстау мен күту Содержания и ухода за животными	Малды сою, өліктерінің ішін жару, терісін сыпыру Убой скота, вскрытия трупов, снятия шкур	Малшаруашылығы шикізаты мен басқа да ауылшаруашылық өнімдерін тасымалдау, сақтау, өңдеу Транспортировка, хранения, переработки животноводческого сырья и других сельскохозяйственных продуктов
1	2	3	4	5	6

кестенің жалғасы

продолжение таблицы

Санитариялық-эпидемиологиялық режим мен қағидалардың бұзылуы Нарушение санитарно-эпидемиологического режима и правил					
Ауылшаруашылығы және басқару жұмыс түрлерін жүргізу Проведение сельскохозяйственных и других видов работ	Табиғи ошақ аумағында болуы Нахождение на территории природного очага	Жабайы және иесіз жануарлармен байланыста болуы Контакт с дикими и безнадзорными животными	Мал төлдету науқанына қатысуы Участие в охотной компании	Инфекцияланған су көздерін пайдалану Использование инфицированных источников	Басқалар Другие
7	8	9	10	11	12

39. Инфекцияның берілуі ықтимал факторлар (қоршап көрсетіңіз) Вероятные факторы передачи инфекции (обвести)

Анықталмады Не установлено	Тағам өнімдері Продукты питания			Малшаруашылығы шикізаты мен олардан дайындалған бұйымдар Животноводческое сырье и изделия из него	Су Вода		
	Ет және ет өнімдері Мясо и мясные продукты	Сүт және сүт өнімдері Молоко и молочные продукты	Басқалары Другие		Ашық су айдындарының Открытых водоемов	Құдықтардың Колодца	Су құбырының Водопровода
1	2	3	4	5	6	7	8

кестенің жалғасы

продолжение таблицы

Қи, топырақ Навоз, почва	Ауа Воздух	Тірі тасымалдаушылар Живые переносчики	Түсік болып түскен, өлі туған ұрықтар, малдың шараналары Абортированные, мертворожденные плоды, послед	Қан, несеп және басқа биологиялық субстраттар Кровь, моча и другие биологические субстраты	Басқа факторлар Другие факторы
9	10	11	12	13	14

40. Науқастың тұрғылықтаы орында жүргізілетін іс-шаралар Мероприятия в месте жительства больного

Іс-шаралардың атауы	Объекті, жүргізу орны, ауданы мІ	Күні Дата	Тәсілі Способ	Құралдары Средства	Орындалуын бақылау және нәтиже
---------------------	----------------------------------	--------------	------------------	-----------------------	--------------------------------

Наименование мероприятий	Объект, место проведения, площадь мІ				Контроль исполнения и результат
Қорытынды дезинфекциялау Заключительная дезинсекция					
Дезинсекция Дезинсекция					
Дератизация Дератизация					
Б а с қ а іс-шаралар Д р у г и е мероприятия					

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
(Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность исполнителя)
_____ қолы (подпись)

Қалалық (аудандық) ҚР АШМ аумақтық бөлімшесінің бас маманы
(маманы)

Главный специалист (специалист) гор (рай) территориального подразделения МСХ РК
тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) _____
қолы (подпись) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ " _____
№ ____ бұйрығына
278-қосымша
Приложение 278
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№ _____ бұйрығымен бекітілген № 278/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 278/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

Туберкулездің бациллалық түрінің ошағын эпидемиологиялық зерттеп-қарау КАРТАСЫ

КАРТА эпидемиологического обследования очага бациллярной формы туберкулеза

Эпидемиологиялық нөмірі _____ Аудан (район) _____

(Эпидемиологический номер) Елді мекен (Населенный пункт) _____

Шұғыл хабарламаны алған күн _____ Көше, үй (Улица, дом) _____

(Дата получения экстренного Қала, ауыл (керегінің астын
извещения сызыңыз)

Нысан бойынша (по форме) №090/у _____

Нысан бойынша (по форме) №089/у _____

Туберкулез ошағын алғаш рет (Город, село
тексеру күні _____ (нужное подчеркнуть))

(Дата первичного обследования очага туберкулеза)

Мекен-жайы: облыс (Адрес: область) _____

Эпидемиологиялық топқа жатқызылуы (Принадлежность к
эпидемиологической группе)

Бір эпидемиологиялық топтан екінші эпидемиологиялық топқа ауыстыру
күні (Дата перевода из одной эпидемиологической группы в другую)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество (при наличии)) _____

2. Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол): еркек
(мужской), әйел (женский) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть))

3. Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымы (Место работы, учебы, детской
организации) _____

4. Кәсібі (Род занятий) _____ Соңғы рет қаралған күні
(Дата последнего посещения) _____

5. Анықталды: қаралуы кезінде, профилактикалық тексеру кезінде

(керегінің астын сызыңыз) (Выявлен: по обращаемости, при профилактических осмотрах (нужное подчеркнуть)) _____

6. Ошақтағы оқиғалардың саны (Количество случаев в очаге)

7. Ауырған күні (Дата заболевания) _____ Қаралған күні
(Дата обращения) _____

8. Емдеуге жатқызылған күні (Дата госпитализации)

Емдеуге жатқызу орны (Место госпитализации)

9. Алғашқы диагнозы, қойылған күні (Первичный диагноз, дата установления)

10. Қорытынды диагнозы, қойылған күні (Окончательный диагноз, дата установления)

11. Анықтау әдісі (Метод выявления)

12. Туберкулез (БК+) диагнозы қойылған науқасты есепке алу күні (Дата взятия больного на учет с диагнозом туберкулез (БК+))

13. Туберкулез микобактериясы бөлінген күн (Дата выделения микобактерии туберкулеза)

15. Қайталану себептері (Причины рецидива)

16. Ауруды интенсивті фазада емдеуді бастаған күн (дата начала лечения в интенсивной фазе)

1) стационарлық (стационарно)

2) амбулаторлық (амбулаторно)

17. Қарқынды фазада емдеудің аяқталған күні (Дата окончания лечения в интенсивной фазе)

18. Қолдау фазасында емдеу басталған күн (Дата начала лечения в поддерживающей фазе)

1) стационарлық (стационарно)

2) амбулаторлық (амбулаторно)

19. Қолдау фазасында емдеу аяқталған күн (Дата окончания лечения в поддерживающей фазе)

20. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения)

21. Туберкулез диагнозы қойылғанға дейінгі науқас туралы деректер (Данные о больном, до установления диагноза туберкулез):

1) Науқасқа жасалған профилактикалық екпелері туралы мәліметтер (Сведения о профилактических прививках больного)

2) Науқасқа жасалған туберкулин диагностикасы туралы мәліметтер (Сведения о туберкулинодиагностике больного)

3) Науқасты рентгендік-флюорографиялық тексеру туралы мәліметтер (Сведения о рентгено-флюорообследовании больного)

4) Науқасты бактериоскопиялық тексеру туралы мәліметтер (Сведения о бактериоскопическом обследовании больного)

5) Туберкулезбен ауыратын науқастың қоса өтетін аурулары (Сопутствующие заболевания больного туберкулезом)

22. Инфекция жұқтырудың болжамды көзі (Предполагаемый источник заражения)

23. Инфекция жұқтырудың болжамды орны (Предполагаемое место заражения)

24. Берілу жолдары мен факторлары

Туберкулездің бациллалық түрінің ошағын сауықтыру жоспары

План оздоровления очага бациллярной формы туберкулеза

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Іс-шаралар Мероприятия	Орындалу мерзімі С р о к исполнения	Орындаушы Исполнитель	Орындалуы туралы белгі Отметка об исполнении	Ескерту Примечание
--	---------------------------	---	--------------------------	---	-----------------------

Туберкулез диагнозы қойылған мезеттен бастап, науқасты бактериоскопиялық және рентгендік-флюорографиялық тексерулер туралы мәліметтер/Данные о бактериоскопическом и рентгено-флюорографическом обследовании больного с момента установления диагноза туберкулез

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Жылдары Годы	Бактериоскопиялық Бактериоскопические	Рентгендік- флюорографиялық Рентгено- флюорографические
--	-----------------	--	--

Туберкулездің бациллалық түрінің ошағында қарым-қатынаста болған адамдарды тексеру және оларға жүргізілген химиялық профилактика туралы деректер/ Данные об обследовании и химиопрофилактике контактных лиц из очага бациллярной формы туберкулеза

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Қарым-қатынаста болған адамдардың тегі, аты, әкесінің аты фамилия, имя, отчество контактных	Жасы Возраст	М а н т у реакциясының күні Дата реакции Манту	М а н т у реакциясының нәтижесі Результат реакции Манту	БЦЖ жасалған күндер Даты БЦЖ
--	---	-----------------	---	--	---------------------------------

кестенің жалғасы

продолжение таблицы

Бактериоскопия өткізілген күндер Даты бактериоскопии	Бактериоскопия нәтижелері Результаты бактериоскопии	Рентгенофлюоро скопия өткізілген күндер Д а т ы рентгенофлюоро скопии	Ауруды жұқтырған балаларға, жасөспірімдерге жүргізілген химиялық профилактика Химиопрофилактика Инфицированным детям, подросткам	Басталуы Начало	Аяқталуы Окончание	Шипажайлық топқа түскен күні Д а т а поступления в санаторную группу
---	--	---	--	--------------------	-----------------------	--

Ауыл шаруашылық және үй жануарлары мен құстарын туберкулезге тексеру туралы деректер
Данные об обследовании сельскохозяйственных и домашних животных и птиц на туберкулез

--	--	--	--	--	--

Тіркеу нөмірі Регистрационны й номер	Жануарлардың түрі мен саны В и д и количество животных	Туберкулезге тексерілген күн Д а т а обследования на туберкулез	Ауру жануарлар мен құстар анықталды Выявлено больных животных и птиц	Ауру малды союға жіберген күн Дата сдачи больного скота на убой	Ескерту Примечание
--	--	---	--	--	-----------------------

25. Науқасқа қосымша тұрғын үй алаңы қажетпе
(Требуется ли больному дополнительная жилая площадь)

26. Мектеп жасына дейінгі ұйымдарда және мектеп жасындағы оқшаулауды қажет ететін балалар саны
(Количество детей, нуждающихся в изоляции в дошкольных организациях и интернатные организации школьного возраста)

27. Науқасты бациллярлық есептен шығару күні
(Дата снятия больного с бациллярного учета)

28. Бациллярлық ошақты есептен шығару күні
(Дата снятия бациллярного очага с учета)

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
(Фамилия, имя, отчество (при наличии) должность исполнителя)
_____ колы (подпись) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
279-қосымша
Приложение 279
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Санитариялық-эпидемиологиялық
қызметтің мемлекеттік органының
атауы
Наименование государственного
о р г а н а
санитарно-эпидемиологической
службы

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау
министрінің 2021 жылғы "___" ___
№_____ бұйрығымен
бекітілген № 279/е нысанды
медициналық құжаттама

Медицинская документация
Форма № 279/у
Утверждена приказом Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от "___" _____
2021 года №_____

Іш сүзегінің, А, В паратифтерінің бактерияларын тасымалдаушыларды есепке алу
КАРТАСЫ

КАРТА учета носителя бактерий брюшного тифа, паратифов А, В №_____

1. Тегі (Фамилия)_____ Аты (Имя)_____

Әкесінің аты (болған жағдайда) (Отчество) (при наличии),

2. Туған күні (Дата рождения)_____

3. Мекен-жайы (Домашний адрес)_____

4. Жұмыс, оқу орны (Место работы, учебы)_____

5. Кәсібі (Профессия)_____

6. Қысқаша 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 тасымалдаушылығының тексерудің қандай түрінде анықталғаны
туралы деректер (Данные выявления бакносительства, при каком виде
обследования) диагноз қою үшін, профилактикалық (для диагностики,
профилактическое), өсірінді қандай материалдан бөлініп алынды (нәжіс,
несеп, өт) (материал из которого выделена культура (кал, моча, желчь))

8. Есе, А,В паратифтері қоздырғышының түрі (Вид возбудителя брюшного тифа,
паратифов А,В)

10. Есептен шығарылған күні мен себебі (Дата и обоснование снятия с учета)

11. Тасымалдаушының айналасындағы ауру жұқтырғандарды есепке алу
(Учет заразившихся в окружении носителя)

Тегі Фамилия	Ошақтың сипаты (жанұя, пәтер, жұмыс орны және басқалар) Характеристика очага (семья, квартира, место работы и другие)	Ауырған күні Дата заболевания	Фаготүрі Фаготип
-----------------	--	----------------------------------	---------------------

Мекен-жайы ауысқанда бұл туралы қайда және кімге хабарланғанын көрсетіңіз (При перемене жительства указать, куда и кому сообщено об этом)

12. Бактерия тасымалдаушының тұрған үй және коммуналдық жағдайлары (пәтер, үй, жатақхана, су құбыры, канализация және басқалар)
(Жилищные и коммунальные условия проживания бактерионосителя (квартира, дом, общежитие, водопровод, канализация и др.))

13. Тасымалдаушыға қатысты шаралар (Мероприятия в отношении носителя) түсіндіру жұмыстары, санитариялық режимді жақсарту, күнделікті дезинфекциялау, фақтау, ауруханаға жатқызу, емдеу мен б.-күндер бойынша (разъяснительная работа, улучшение санитарного режима, текущая дезинфекция, фагирование, госпитализация, лечение и др. – по датам)

14. Бактерия тасымалдаушыны зертханалық зерттеудің нәтижелері
(Результаты лабораторных исследований носителя бактерий)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Бактериологиялық Бактериологические				Серологиялық Серологические			
	күні дата	зерттеу материалы (өт, несеп, нәжіс) материал исследования (желчь, кал, моча)	нәтиже результат	фаготүр фаготип	күні дата	Іш сүзегі Брюшной тиф		
						Н	О	ВИ

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда),
(Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность исполнителя)

_____ колы (подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ " _____

№ _____ бұйрығына
 280-қосымша
 Приложение 280
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " ____ " _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " ____ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 280/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 280/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

Жануардың тістеуінен, сілекей жұғуынан, тырнауынан адам зардап шеккен оқиғаны
 эпидемиологиялық тергеп-тексеру КАРТАСЫ

КАРТА эпидемиологического расследования случая укуса, ослюнения,
 оцарапывания пострадавшего животным

1. Қалалық (аудандық) ТҚҚБ (Гор (рай) УЗПП)

2. Зардап шеккен адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
 (Фамилия, имя, отчество (при наличии) пострадавшего)

3. Жасы (Возраст) _____

4. Мекен-жайы, (Домашний адрес,) телефон № _____

5. Жұмыс, оқу орны (Место работы, учебы), телефон № _____

6. Тістеген күні (Дата укуса) _____

7. Бірінші рет қаралған күні, алғашқы көмек көрсеткен ұйымның атауы

(Дата первичного обращения, наименование организации, оказавшего первую помощь) _____

8. Шұғыл хабарлама берілген күн, кім жолдады (ұйым) (Дата подачи экстренного извещения, кем направлено (организация))

9. Қалалық (аудандық) ТҚҚБ шұғыл хабарламаны алған күн (Дата получения экстренного извещения, гор (рай) УЗПП)

10. Эпидемиологиялық тергеп-тексеру басталған күн (Дата начала эпидемиологического расследования)

11. Медициналық ұйымға келген күні (Дата явки в медицинскую организацию)

12. Қандай жағдайда тістелді (Обстоятельства укуса)

13. Зақымның сипаты, оның орналасуы (Характер повреждения, его локализация)

14. Емдеу шаралары (Лечебные мероприятия): егу курсы – антирабиялық вакцина (КОКАВ) сериясы
(курс прививок – антирабическая вакцина (КОКАВ) серия)

жарамдылық мерзімі (срок годности) _____ өндіруші фирма
(фирма-производитель)

А) толығын бастады (полный начат) _____ аяқтады (окончен)

Б) толық емесі басталды (неполный начат) _____ аяқталды
(окончен)

Ауруханаға жатқан күні (Дата госпитализации) _____ орны (место)

Иммуноглобулинді енгізу күні (Дата введения иммуноглобулина) _____
дозасы (доза) _____ сериясы
(серия) _____

Жарамдылық мерзімі (срок годности) _____ өндірішу фирма
(фирма-производитель) _____

Өз еркімен егуді тоқтатуы (Самовольное прекращение
прививок) _____

Бас тартуы (отказ) _____

Асқынулар (осложнения) _____

15. Жануар туралы мәліметтер (Сведения о животном) _____

Түрі (Вид) _____

Иесінің Т.А.Ә (болған жағдайда) және мекен-жайы (Ф.И.О (при наличии), и адрес
владельца) _____

16. Мемлекеттік ветеринариялық қызметке хабарлама жіберілген күн
(Дата направления извещения в государственную ветеринарную
службу) _____

17. Жануарды бақылаудың нәтижесі (өлді, өлтірілді, белгісіз, сау)
(Результат наблюдения за животным
(пало, убито, неизвестно, здорово))

18. Құтырма клиникалық, зертханалық жолдармен белгіленеді (Бешенство
установлено клинически, лабораторно)

19. Ошақта жүргізілген шаралар, санитариялық-ағарту жұмыстары
(Мероприятия, проведенные в очаге,
санитарно-просветительная работа)

20. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

21. Эпидемиологиялық тергеп-тексерудің аяқталған күні (Дата окончания
эпидемиологического расследования)

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
(Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность исполнителя)

КОЛЫ (ПОДПИСЬ) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
281-қосымша
Приложение 281
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 281/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 281/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Инфекциялық ауру ошағында ағымдық дезинфекцияларды бақылау картасы
Карта контроля текущей дезинфекции в очаге инфекционного заболевания
1. Алғашқы және соңғы диагноз (Диагноз – предварительный, окончательный)

2. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
(Фамилия, имя, отчество (при наличии) больного)

3. Жасы (Возраст) _____

4. Мамандығы (Профессия)

5. Жұмыс, оқу орны (Место учебы, работы)

6. Мекен-жайы (Адрес)

7. Науқас аурудан жазылғанға, ауруханаға жатқызылғанға дейін қалдырылды (астын сызыңыз) (Больной оставлен до выздоровления, догоспитализации (подчеркнуть))

8. Медициналық ұйым (Мед.организация) _____

9. Ауырған күні (Дата заболевания)

Жүгінген күні (Дата обращения) _____

Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза)

Дезинфекция басталған күн (Дата начала проведения дезинфекции)

10. Режимнің бұзылғандығы анықталды (Выявлены нарушения режима)

11. Қолданылған дезинфектанттар (Использованные дезинфектанты)

Бактериологиялық бақылау Бактериологический контроль			Химиялық бақылау Химический контроль		
Күні Дата	Алынған үлгілердің саны Число отобранных образцов	Олардың ішінде қанағаттанарлықсыз Из них неудовлетворительных	Алынған үлгілер саны Число отобранных образцов	Олардың ішінде Из них	
				Концентрациясы төмен Заниженных концентраций	Концентрациясы жоғары Завышенных концентраций

12. Ағымдық дезинфекциялауды бақылау күні
(Дата контроля текущей дезинфекции)

13. Дезинфекциялау тоқтатылды (науқас аурудан сауықты, диагнозы өзгертілді, емдеуге жатқызылды, қайтыс болды)

(Дезинфекция прекращена (больной выздоровел, изменен диагноз, госпитализирован, умер)) _____

Бақылау жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
және қолы

(Фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись исполнителя)

2021 жылғы " ____ " _____
 № ____ бұйрығына
 282-қосымша
 Приложение 282
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " ____ " _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " ____ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 282/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 282/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

Медициналық және басқа ұйымдарда ағымдық дезинфекцияларды ұйымдастыру мен жүргізуді бақылау КАРТАСЫ

КАРТА контроля организации и проведения текущей дезинфекции в медицинских и других организациях № _____

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж.(г.)

1. Мекен-жайы (Адрес): _____

көше, үйінің № (улица, дом №) _____ телефон _____

Шаруашылық объектісінің немесе оның құрылымдық бөлімінің атауы
 (Полное наименование хозяйствующего субъекта или его структурного
 подразделения) _____

2. Су құбырымен, канализациямен, газбен қамтамасыз етілуі

(астынсызыңыз) (Обеспеченность водопроводом, канализацией,
 газом подчеркнуть) _____

Механикаландырылған, жартылай механикаландырылған, қолмен кір жуу орны (астын сызыңыз, жазыңыз) (Прачечная механизированная, полумеханизированная, с ручным трудом (подчеркнуть, вписать))

Дезинфекциялау камерасы (Дезинфекционная камера), маркасы (марка) _____ жұмыс істейді/істемейді (астын сызыңыз, жазыңыз) (работает/не работает (подчеркнуть, вписать))

Дезинфекциялау құралдарының болуы (атауы, кг) (Наличие Дезсредств (наименование, кг)) _____

3. Ұйымның (бөлімшенің) жетекшісі Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О (при наличии) Руководителя организации (отделения))

4. Дезинфекциялау іс-шараларын ұйымдастыруға жауапты адам (Ответственный за организацию дезинфекционных мероприятий)

тегі, аты, әкесінің аты, лаузымы (фамилия, имя, отчество, должность)

6. Бактериологиялық және химиялық талдаулардың нәтижелері (Результаты бактериологических и химических анализов)

Объектіге бару күні (айы, күні) Дата посещения объекта (месяц, число)	Бактериологиялық бақылау Бактериологический контроль		Химиялық бақылау Химический контроль		
	Алынған үлгілер саны Число отобранных образцов	Оның ішінде қанағаттанарлықсыз нәтижемен Из них с неудовлетворительным результатом	Дезинфекциялау ерітінділерінен алынған үлгілер саны Число отобранных проб дезрастворов	Олардың ішінен Из них	
Концентрациясы төмен Заниженной концентрации				Концентрациясы жоғары Завышенной концентрации	
1	2	3	4	5	6
Тексеру кезінде анықталды При проверке установлено	Ұсынылды (мерзімдері нақтылана отырып) Предложено (с уточнением сроков)	Орындаушының қолы (тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лаузымы) (Фамилия, имя, отчество (при наличии) исполнителя)			
7	8	9			

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ " _____

№ _____ бұйрығына
 283-қосымша
 Приложение 283
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " ____ " _____ 2021 года

№ _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " ____ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 283/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 283/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

Дезинфекцияға, дератизацияға берілетін НАРЯД

НАРЯД на дезинсекцию, дератизацию № _____

1. Шаруашылық жүргізуші объектінің
 (Полное наименование хозяйствующего объекта)

2. Мекен-жайы (Адрес) _____

3. Жәндіктің, кеміргіштің түрі (Вид насекомого, грызуна) _____

4. Алаңда шарт өтінім бойынша дезинсекциялау, дератизациялау
 жүргізілген алаңның көлемі

(Выполнена дезинсекция, дератизация по договору или заявке на площади)

_____ м²

5. Өңдеу күні (Дата обработки) _____

Өңделген заттар, үй-жайлар, аумақтар	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры	Жұмсалған инсектицидтер, ратицидтер Расход инсектицидов, ратициды
---	------------------------------	--

Обработаны вещи, помещения, территории	НД на метод испытаний	Атауы Наименование	Саны (кг) Количество (кг)
1	2	3	4

Дезинсекциялауды, дератизациялауды орындаған адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда),

(Фамилия, имя, отчество (при наличии), лица выполнявшего дезинсекцию, дератизацию)

_____ Қолы (Подпись)

Жұмыс орындалды, наразылық жоқ (Работа выполнена, претензий нет)

Тапсырыс беруші өкілінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) мен қолы (Фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись ответственного представителя заказчика) _____

Қолы (подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
284-қосымша
Приложение 284
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 284/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 284/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Қорытынды дезинфекцияға берілетін НАРЯД

НАРЯД на заключительную дезинфекцию № _____ (от) " ____ " _____ 20 ж. (г.) _____ сағ. (час) ____ мин

Дезинфекциялауға өтінім қабылданды
(Заявка на дезинфекцию принята)

_____ ұйымның атауы (наименование организации)

Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество
больного) _____ жасы (возраст) _____

Мекен-жайы (Адрес) _____

Диагнозы (Диагноз) _____

Емдеуге жатқызылды (Госпитализация состоялась) 20 ____ ж.(г.)
_____ сағ. (час) _____ мин

Ауруханаға (В больницу) _____

Үйде қалдырылды (оставлен дома)

_____ Көшіру наряды (Наряд на эвакуацию) № _____

Дезинфекциялауға (Наряд на дезинфекцию вручен) 20 ____ ж.(г.) ____ сағ.
(час) ____ мин. Тапсырылды

Дезинфекциялауға наряд тапсырған лауазымды тұлға (аты-жөні, қолы)
(ФИО должностного лица, вручившего наряд за дезинфекцию)

_____ Осы жерде бөлшектерді белгілеу

_____ Дезинфекция жасайтын мекемелерге қатысты бөлшегі

Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____

Дезинфекциялау бригадасы (Дезбригада) _____

Дезинфекциялау нұсқаушысы (Дезинструктор) _____

Дезинфекциялаушы (Дезинфектор) _____

Диспетчер _____

Нарядтың орындалуы (Выполнение наряда)

Дезинфекциялаудың жүргізілмеу

20 ж. (г.) немесе кеш орындалуының себебі _____ сағ. (час) _____ мин

дезинфекциялау басталды

(Причины не состоявшейся или поздней (дезинфекция начата)

дезинфекции): _____

_____ сағ. (час) _____ мин. Аяқталды (окончена)

--	--	--	--	--

Объектілер тізбесі Перечень объектов	Өлшем бірлігі Единица измерения	Орындалды Выполнено	Жұмсалған дезинфекциялау заттарының атауы Наименование израсходованных дезинфицирующих средств	Мөлшері, кг Количество вкг
Тұрғын үй-жайлар Жилых помещений	мІ			
Жалпы пайдалану орны Место общего пользования	мІ			
Ауладағы дәретханалар Уборных дворовых	шт.			
Қоқыс салатын жәшіктер Мусорных ящиков	шт.			
Ыдыс-аяқжиынтығы ы Комплект посуды	шт.			

Камералық дезинфекциялау үшін заттардың саны
(Количество вещей для камерной дезинфекции) кг

Санитариялық өңделуге жататын
(Подлежат санитарной обработке)

_____ адамдар (человек) _____

Қазақстан Республикасы

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____

№ _____ бұйрығына

285-қосымша

Приложение 285
к приказу Министра
здравоохранения

Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года

№ _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

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

<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ №_____ бұйрығымен бекітілген № 286/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 286/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №_____</p>

Иммундық-ферменттік талдау НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ иммуно-ферментного анализа

№ _____ " _____ " _____ 20__ ж. (г.)

1. Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда),
(Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого)

2. Жасы (Возраст) _____

3. Мекен жайы (Домашний адрес) _____

4. Жұмыс орны (Место работы) _____

5. Диагнозы (Диагноз) _____

6. Үлгіні жіберген мекеменің атауы
(Наименование учреждения направившего образец)

7. Сынама атауы (Наименование пробы) _____

8. Сынаманы бірінші рет немесе қайталап зерттеу (первичное или повторное
исследование пробы) _____

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

10. Сынама жеткізілген күні, уақыты (Дата и время доставки пробы) _____

11. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

12. Тексеру мақсаты (Цель обследования) _____

13. Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований):

14. Қоздырғышқа антиденелер (антитела к возбудителю) _____

15. Зерттеу әдістеменің НҚ-ры
НД на метод испытаний

Антигендер (антигены) _____

Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод исследования/испытаний)

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

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)
 Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/
 Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
 испытаниям
 Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға **ТҮЙІМ САЛЫНҒАН/**
 Частичная перепечатка протокола без разрешения **ЗАПРЕЩЕНА**

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы "___" _____
 №___ бұйрығына
 286-қосымша
 Приложение 286
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от "___" _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 286/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы	Медицинская документация Форма № 286/у

Наименование государственного
о р г а н а
санитарно-эпидемиологической
службы

Утверждена приказом Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от "___" _____
2021 года № _____

Адамдардан алынған материалдарды бактериологиялық зерттеу НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ бактериологических исследований материала от людей

№ _____ "___" _____ 20__ ж. (г.)

1. Тексерушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
(Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого)

2. Жасы (Возраст) _____

3. Мекен жайы (Домашний адрес) _____

4. Жұмыс орны (Место работы) _____

5. Диагнозы (Диагноз) _____

6. Үлгіні жіберген мекемелердің атауы
(Наименование учреждений направивший образец)

7. Сынаманың атауы (Наименование пробы) _____

8. Сынама алынған күні, уақыты
(Дата и время забора материала) _____

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

10. Тексеру мақсаты
(Цель обследования) _____

11. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования) _____

№	Өсіріп алынған өсірінді Выделенная культура	Микробқа қарсы препараттардың атаулары (Наименование антимикробных препаратов)	өсуінің тежелу аймағының диаметрі (мм) диаметр зоны задержки роста (мм)	Сезімтал Чувствительный (S)	Сезімталдығы төмен Умеренно резистентный (I)	Төзімді Резистентный (R)	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний
1	2	3	4	5	6	7	8

Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод исследования/испытаний) _____

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

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

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в __ экземплярах)
 Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/
 Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
 испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға **ТҮЙЫМ САЛЫНҒАН/**

Частичная перепечатка протокола без разрешения **ЗАПРЕЩЕНА**

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы "___" _____
 №___ бұйрығына
 287-қосымша
 Приложение 287
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от "___" _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 287/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 287/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Адамдардан алынған материалдарды серологиялық зерттеулер НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ серологических исследований материала от людей

№ _____ " _____ " _____ 20__ ж. (г.)

1. Тексерушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда),
(Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого)

2. Жасы (Возраст) _____

3. Мекен жайы (Домашний адрес) _____

4. Жұмыс орны (Место работы) _____

5. Диагнозы (Диагноз) _____

6. Үлгіні жіберген мекемелердің атауы
(Наименование учреждений направивший образец)

7. Сынаманың атауы (Наименование пробы) _____

8. Бірінші рет н/е қайталап (первичное или повторное) _____

9. Сынама алынған күні, уақыты
(Дата и время забора материала) _____

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

11. Тексеру мақсаты (Цель обследования) _____

12. Зерттеу әдістеменің НҚ-ры
НД на метод испытаний

13. Қоздырғыштарға қарсы денелерді анықтаудағы серологиялық зерттеу нәтижелері
(Результаты серологических исследований при выявлении антител к возбудителям):

1) Иерсиниоз (Иерсиниоз) _____

2) Жалған туберкуллез (Псевдотуберкуллез) _____

3) Лептоспироз _____

4) Листерия _____

5) Пастереллез _____

6) Бөртпе сүзек (Сыпной тиф) _____

7) Туляремия _____

8) Сарып (Бруцеллез) _____

9) Хедльсон реакциясы (Реакция Хедльсона) _____

10) Райта реакциясы (Реакция Райта) _____

11) РБП _____

12) КБР (РСК) _____

13) Күйдіргі (Сибирская язва) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы

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

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)
 Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/
 Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
 испытаниям

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

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы "___" _____
 №__ бұйрығына
 288-қосымша
 Приложение 288
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от "___" _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ____ _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 288/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а		Медицинская документация Форма № 288/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Микробтарға қарсы қолданылатын препараттарға сезімталдықты анықтау
НӘТИЖЕСІ

РЕЗУЛЬТАТ определения чувствительности к антимикробным препаратам
№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда),
(Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого)

2. Жасы (Возраст) _____

3. Мекен жайы (Домашний адрес) _____

4. Диагнозы (Диагноз) _____

5. Үлгіні жолдаған мекемелердің атауы
(Наименование учреждений направивший образец)

6. Көлемі (Объем) _____

7. Топтамалар нөмірі (Номер партий) _____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

9. Сынама атауы (Наименование пробы) _____

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

11. материалды алу күні және уақыты
(Дата и время забора материала)

12. Тексеру мақсаты (Цель обследования)

13. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования) _____

№	Микробтарға қарсы қолданылатын препараттардың атауы Наименование антимикробных препаратов	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Препараттардың сезімталдығын анықтау Определение чувствительности к препаратам			
			Сезімталдылығы жоғары Высокочувств.	Сезімталды Чувствительный	Сезімталдығы төмен Слабо чувств.	Төзімді Устойчив
1	2	3	4	5	6	7

№ _____ бұйрығына
289-қосымша
Приложение 289 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма

Сноска. Форма - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 05.04.2023 № 60 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ _____ бұйрығымен бекітілген №289/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының және мекеменің атауы Наименование государственного органа и организации санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 289/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____ _____

Полимераздық тізбекті реакциясы НӘТИЖЕСІ РЕЗУЛЬТАТ полимеразной цепной реакции

Сынама нөмірі ____ (жылғы) _____ № ____ № ____ от _____ (г.)

Номер пробы

1. Тексерілушінің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)
(Фамилия, имя, отчество обследуемого (при наличии))

2. ЖСН (ИИН)

3. Жасы (Возраст)

4. Үй мекенжайы (Домашний адрес)

5. Жұмыс орны (Место работы)

6. Байланыс телефоны (Контактный телефон)

7. Үлгіні жіберген мекеменің атауы

(Наименование организации направившего образец)

8. Сынаманың атауы (Наименование пробы)

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

10. Сынама алынған күні, уақыты (Дата и время забора)

11. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)

12. Тексеру мақсаты (Цель обследования)

13. Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований): /ПТР/инфекцияның түрін көрсету ПЦР на /указать вид инфекции

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (бар болса)

(Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование)

Қолы

(Подпись)

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (бар болса)

(Ф.И.О. (при наличии), заведующего лабораторией)

Қолы

(Подпись)

Мөр орны (болған жағдайда)

Место печати (при наличии)

2 данада толтырылады (составляется в 2-х экземплярах)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 102-бабының 3-тармағына сәйкес инфекциялық және паразиттік аурулармен ауыратын адамдар, сондай-ақ инфекциялық және паразиттік аурулармен ауырады деп күдік туғызатын адамдар, бактерия таратушылар оқшаулануға және

(немесе) емделуге, ал олармен қарым-қатынаста болған адамдар – медициналық байқауға алынуға және қажет болған кезде оқшаулануға және (немесе) емделуге жатады.

В соответствии с пунктом 3 статьи 102 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" лица, больные инфекционными и паразитарными заболеваниями, а также лица с подозрением на инфекционное и паразитарное заболевания, бактерионосители подлежат изоляции и (или) лечению, а находившиеся в контакте с ними лица – медицинскому наблюдению и при необходимости изоляции и (или) лечению.

НАЗАР АУДАРЫҢЫЗ:

ПТР әдісімен COVID-19 тестінің оң нәтижесі бар адамдар күнтізбелік 14 күнге үйде оқшаулануға (үй карантині) жатады.

COVID-19-ға полимеразды тізбекті реакцияның оң нәтижесі болған жағдайда, полимеразды тізбекті реакцияның нақты нәтижесін алу Сізді:

- 1) COVID-19-дың эпидемиялық тәуекелі жоғары адам ретінде үйде оқшаулану режимін (үй карантині) міндетті түрде сақтау туралы;
- 2) отбасының/үй шаруашылығындағы кез келген мүшесінде температура немесе өзін жәйсыз сезіну белгілері пайда болған кезде дереу COVID-19 бойынша колл-орталығына жүгіну немесе карантин туралы хабардар етіп және өтініштің себебін көрсете отырып, жедел жәрдем шақыру қажеттілігі туралы;
- 3) халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы заңнама талаптарын бұзғаны үшін "Әкімшілік құқық бұзушылық туралы" Қазақстан Республикасының Кодексіне сәйкес әкімшілік жауаптылықтың болуы туралы хабардар етудің расталғаны болып табылады.

ВНИМАНИЕ:

Лица, с положительным результатом теста на COVID-19 методом ПЦР подлежат изоляции на дому (домашний карантин) на 14 календарных дней.

В случае положительного результата полимеразной цепной реакции на COVID-19 получение настоящего результата полимеразной цепной реакции является подтверждением информирования Вас:

- 1) об обязательном соблюдении режима изоляции на дому (домашний карантин) как лицо с высоким эпидемическим риском COVID-19;
- 2) о необходимости при появлении температуры или признаков недомогания у любого члена семьи/домохозяйства незамедлительно обратиться в колл-центр по COVID-19 или вызвать скорую помощь, уведомив о карантине и указав причину обращения;
- 3) о наличии административной ответственности в соответствии с Кодексом Республики Казахстан "Об административных правонарушениях" за нарушение

требований законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
290-қосымша
Приложение 290
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 290/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 290/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Санитариялық-эпидемиологиялық ҚОРЫТЫНДЫ

Санитарно-эпидемиологическое ЗАКЛЮЧЕНИЕ

№ _____ " _____ " _____ 20__ ж. (г.)

1. Санитариялық-эпидемиологиялық сараптау (Санитарно-эпидемиологическая экспертиза) _____

_____ (2020 жылғы 07 шілдедегі "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодекстың 20-бабына сәйкес санитариялық- эпидемиологиялық сараптама жүргізілетін объектінің толық атауы) _____

_____ (полное наименование объекта санитарно-эпидемиологической экспертизы)

, в соответствии со статьей 20 Кодекса Республики Казахстан от 07 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения") Жүргізілді (Проведена) _____

_____ өтініш,
ұйғарым, қаулы бойынша, жоспарлы және басқа да түрде (күні, нөмірі) _____

_____ по
обращению, предписанию, постановлению, плановая и другие (дата, номер) 2.
Тапсырыс (өтініш) беруші (Заказчик) (заявитель) _____

_____ Шаруашылық жүргізуші субъектінің толық атауы (тиесілігі),
объектінің мекенжайы/ орналасқан орны, телефоны, басшысының тегі, аты, әкесінің
аты (полное наименование хозяйствующего субъекта (принадлежность), адрес/
месторасположение объекта, телефон, фамилия, имя, отчество руководителя) 3.
Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама жүргізілетін объектінің қолданылу
аумағы (Область применения объекта санитарно-эпидемиологической экспертизы) _____

_____ сала, қайраткерлік ортасы, орналасқан орны, мекенжайы (сфера, вид
деятельности, месторасположение, адрес) 4. Жобалар, материалдар әзірленді (
дайындалды) (Проекты, материалы разработаны (подготовлены) _____

_____ 5.
Ұсынылған құжаттар (Представленные документы) _____

_____ 6. Өнімнің үлгілері ұсынылды (Представлены образцы продукции) _____

_____ 7. Басқа ұйымдардың сараптау қорытындысы (
егер болса) (Экспертное заключение других организации (если имеются) _____

_____ Қорытынды берген ұйымның атауы (наименование организации выдавшей
заключение)

8. Сараптама жүргізілетін объектінің толық санитариялық-гигиеналық сипаттамасы
мен оған берілетін баға (қызметке, үрдіске, жағдайға, технологияға, өндіріске, өнімге) (
Полная санитарно-гигиеническая характеристика и оценка объекта экспертизы (услуг,
процессов, условий, технологий, производств, продукции) _____

9. Құрылыс салуға бөлінген жер учаскесінің, қайта жаңартылатын объектінің сипаттамасы (өлшемдері, ауданы, топырағының түрі, учаскенің бұрын пайдаланылуы, жерасты суларының тұру биіктігі, батпақтану, желдің басымды бағыттары, санитариялық-қорғау аумағының өлшемдері, сумен, канализациямен, жылумен қамтамасыз ету мүмкіндігі және қоршаған орта мен халық денсаулығына тигізер әсері, дүние тараптары бойынша бағыты) (Характеристика земельного участка под строительство, объекта реконструкции; размеры, площади, вид грунта, использование участка в прошлом, высота стояния грунтовых вод, наличие заболоченности, господствующие направления ветров, размеры санитарно-защитной зоны, возможность водоснабжения, канализования, теплоснабжения и влияния на окружающую среду и здоровью населения, ориентация по сторонам света;)

10. Зертханалық және зертханалық-аспаптық зерттеулер мен сынақтардың хаттамалары, сонымен қатар басжоспардың, сызбалардың, суреттердің көшірмелері (Протоколы лабораторных и лабораторно-инструментальных исследований и испытаний, а также выкопировки из генеральных планов, чертежей, фото)

11. ИСК-мен жұмыс істеуге рұқсат етіледі (разрешаются работы с ИИИ)

ИСК түрі және сипаттамасы (вид и характеристика ИИИ)	Жұмыстар түрі және сипаттамасы (Вид и характер работ)	Жұмыстар жүргізу орны (Место проведения работ)	Шектеу жағдайлары (Ограничительные условия)
1	2	3	4
I. Ашық ИСК-мен жұмыстар (работы с открытыми ИИИ)			
II. Жабық ИСК-мен жұмыстар (Работы с закрытыми ИИИ)			
III. Сәуле өндіретін құрылғылармен жұмыстар (Работы с устройствами, генерирующими излучение)			
IV. ИСК-мен басқа жұмыстар (другие работы с ИИИ)			

Санитариялық-эпидемиологиялық қорытынды Санитарно-эпидемиологическое заключение _____

_____ (2020 жылғы 07 шілдедегі "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодекстың 20-бабына сәйкес санитариялық-эпидемиологиялық сараптама жүргізілетін объектінің толық атауы) (полное наименование объекта санитарно-эпидемиологической экспертизы, в соответствии со статьей 20 Кодекса Республики Казахстан от 07 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения") _____

_____ (санитариялық-эпидемиологиялық сараптама негізінде) (на основании санитарно-эпидемиологической экспертизы) _____

_____ Санитариялық қағидалар мен гигиеналық нормативтерге (санитарным правилам и гигиеническим нормативам) сай (соответствует) _____

_____ керектің астын сызыңыз (нужное подчеркнуть) Ұсыныстар (Предложения) _____

_____ (2020 жылғы 07 шілдедегі "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодекстың негізінде осы санитариялық-эпидемиологиялық қорытындының міндетті күші бар. /На основании Кодекса Республики Казахстан от 07 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" настоящее санитарно-эпидемиологическое заключение имеет обязательную силу

Мөр орны

(Мемлекеттік санитариялық бас дәрігер, қолы (орынбасар)

_____ Место печати (Главный государственный санитарный врач (заместитель))

_____ тегі, аты, әкесінің аты, қолы (фамилия, имя, отчество, подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "____" _____

№____ бұйрығына
291-қосымша

Приложение 291
к приказу Министра
здравоохранения

Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года

№ _____

Нысан
Форма

А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ № _____ бұйрығымен бекітілген №291/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 291/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Жұмыскерде кәсіптік аурудың (уланудың) бар болуына күдіктену кезіндегі еңбек шарттарының санитариялық-эпидемиологиялық сипаттамасы

Санитарно-эпидемиологическая характеристика условий труда работающего при подозрений у него профессионального заболевания (отравления) № _____

Жылы, айы, күні (число, месяц, год)

Жұмыскер

(Работник): _____

Аты-жөні (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Туған датасы (дата рождения): _____

Диагнозды анықтаған кездегі жұмыскердің мамандығы мен лауазымы

Профессия или должность работника в момент установления

диагноза: _____

Кәсіпорынның (жұмыс берушінің) толық атауы

(Полное наименование предприятия) (работодателя):

Мекенжайы, меншік формасы

Адрес, форма собственности: _____

Цехтың, учаскенің, шеберхананың және тағы сондайлардың атауы

Наименование цеха, участка мастерской и прочие: _____

Жалпы жұмыс өтілі (Общий стаж работы): _____

Осы мамандық (лауазым) бойынша өтілі (Стаж работы в данной профессии (должности)): _____

Өндірістік ортаның қандай зиянды факторларымен бұрын байланыс болған

(С какими вредными факторами производственной среды имел контакт

ранее)

Жұмыскердің сөзінен немесе бар болған материалдардың негізінде факторлар тізбесі, қандай өндірісте, байланыс ұзақтығы

(перечень факторов, на каком предприятии, длительность контакта со слов работающего или на основании имеющихся материалов)

Зиянды өндірістік фактормен байланыс тоқтатылғаннан кейін ауырудың пайда болуы кезінде

(При возникновении заболевания после прекращения контакта с вредным производственным фактором),

Цехты, кәсіпорынды жою, оны реконструкциялау жағдайларында, зиянды факторлар

туралы еңбектің зиянды жағдайларына байланысты мамандыққа тиесілігін растайтын

басқа құжаттар ұсынылады

(в случае ликвидации цеха, предприятия, его реконструкции, о вредных факторах

предоставляются другие документы, подтверждающие принадлежность к профессии,

связанной с вредными условиями труда):

Кәсіптік аурудың (улану) пайда болу мүмкіндігі бар, қауіпті, зиянды заттар мен қолайсыз өндірістік факторлардың әсері жағдайларындағы жұмыс өтілі

(Стаж работы в условиях воздействия опасных, вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов, которые могли вызвать профессиоанльное заболевание (отравление)).

Кәсіптік бағыты (Профессиональный маршрут) (жұмыс жасаған әр бір мамандығы бойынша еңбек кітапшасындағы жазбаларға сәйкес)

(согласно записям в трудовой книжке по каждой профессии, в какой работал)

Ескертпе: жұмыскердің еңбек қызметін сипаттау, маманның нақты жұмыс орнын тексеруі негізінде, лауазымдық міндеттер мен әкімшіліктен немесе жұмыскердің өзінен алынған мәліметтерді ескере отырып

беріледі.

Примечание: описание трудовой деятельности работающего дается на основании обследования специалистом конкретного рабочего места с учетом должностных обязанностей и сведений, полученных от администрации и самого рабочего.

Зиянды өндірістік факторлардың тізбесі
(Перечень вредных производственных факторов):

Өндірістік органның 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):

жылдар (годы)	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 мгЗ (Предельно допустимая концентрация), мгЗ		жылдар (годы)	сынама саны (количество проб)	шоғырлануы, (концентрация), мгЗ		рұқсат етілген шекті шоғырланудан шегінен артатын сынама үлесі (процент проб, превышающих предельно допустимую концентрацию)	
	ең көп-бір реттік (максимально-разовая)	орта ауысымдық (среднесменная)			ең көп-бір реттік (максимально-разовая)	орта ауысымдық (среднесменная)	ең көп-бір реттік (максимально-разовая)	орта ауысымдық (среднесменная)
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 еңкеюі (жоқ, мәжбүрлі) (Наклоны корпуса)(отсутствуют, вынужденные), градуспен корпустың еңкею бұрыштары (углы наклона корпуса в градусах). Операция, ауысым кезінде еңкеюлердің саны (Количество наклонов за операцию, за смену):

Физикалық жүктеме факторларының сипаттамасы (Характеристика факторов физической нагрузки): қолмен тасымалданатын жүктің салмағы килограммен (масса груза, перемещаемая вручную в килограммах). Жүк қайдан тасымалданады (жер бетінен, жұмыс бетінен) (Откуда перемещается груз (с пола, с рабочей поверхности). Операция, ауысым кезінде жүкті көтеру арақашықтығы мен орын ауыстыруы.

Ауысымдық жүкайналымы (тоннада) (Расстояние подъема и перемещения груза за операцию, за смену. Сменный грузооборот(тонн)):

Көзге салмақ түсу факторларының сипаттамасы (Характеристика факторов зрительного напряжения): оптикалық аспаптармен жұмыс жасау немесе соларсыз (работа с оптическими приборами или без них). Объектілердің өзгешелік көлемі, мм., контраст, фонның сипаттамасы (Размеры объекта различия в мм., контраст, характеристика фона: Еңбек және демалыс режимдерінің сипаттамасы (Характеристика режимов труда и отдыха): ауысымдылығы, ұзақтығы және регламенттелген үзілістерді сақтау, солардың ауысым кезінде ұзақтығы, түскі үзіліс ұзақтығы (сменность, продолжительность и соблюдение регламентированных перерывов, их длительность за смену, продолжительность обеденного перерыва):

8. Жеке қорғаныш құралдарын пайдалану (ЖҚҚ) (Использование средств индивидуальной защиты (СИЗ)): маркасы, қолайсыз өндірістік факторға сәйкес қамтамасыз етілуі, қолдану жүйелігі, пайдалану ережелерін бұзу. Бар болған зиянды факторға ЖҚҚ сәйкессіздігі (марки,обеспеченность с учетом соответствующего неблагоприятного производственного фактора, систематичность применения, нарушение правил использования. Несоответствие СИЗ действующему вредному фактору).

9. Санитариялық-эпидемиологиялық сипаттама жасалып жатқан жұмыскердің кәсіптік топқа жататын тобында кәсіптік ауырулардың бар болуы немесе болмауы. Осы цехте, учаскеде, кәсіптік топта кәсіптік ауырулардың немесе уланулардың бар болуы (Наличие или отсутствие профессиональных заболеваний в той профессиональной группе, к которой относится рабочий, на которого составляется санитарно-эпидемиологическая характеристика.Наличие профессиональных заболеваний или отравлений в данном цехе, участке, профессиональной группе):

10. Жұмыскердің еңбек шарттары санитариялық-эпидемиологиялық нормалау жүйесінің құжаттары талаптарына сәйкестігі мен пайда болған кәсіптік ауырудың (уланудың) зиянды өндірістік факторларымен байланысы туралы қорытынды (Заключение о соответствии условий труда работающего требованиям документов системы санитарно-эпидемиологического нормирования и связи вредных производственных факторов с возникшим профессиональным заболеванием (отравлением))

Санитариялық-эпидемиологиялық сипаттаманы жасаған

(Санитарно-эпидемиологическую характеристику составил (а)):

_____ Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О (при наличии),
должность)

" ____ " ____ 20__ ж.г.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ " _____
№ ____ бұйрығына
292-қосымша
Приложение 292
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года
№ ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____</p> <p>КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____</p>
<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " ____ № ____ бұйрығымен бекітілген №292/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а</p>		<p>Медицинская документация Форма № 292/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики</p>

Наряд бойынша дезинфекция жүргізу туралы АНЫҚТАМА

СПРАВКА о проведении дезинфекции по наряду

(от "___" _____ күні 20__ ж. (г.)

сағ. (час) _____ мин _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при наличии))

Жасы (Возраст) _____

Мекен-жайы (Адрес) _____

Диагнозы (Диагноз) _____

Дезинфекциялау жүргізген адам

(Дезинфекцию проводил) _____

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

Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____

Қолы (Подпись) _____

Пәтер иесінің наразылығы жоқ, _____ сағ. (час) _____ ин

жадынамамен таныстырылды.

(Владелец квартиры претензий не имеет, _____

с памяткой ознакомлен)

Пәтер иесінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда),

(Фамилия, имя, отчество (при наличии) владельца квартиры)

Қолы (Подпись) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
293-қосымша
Приложение 293
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года

№ _____

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат A4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ № _____ бұйрығымен бекітілген №293/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 293/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Заттарға берілетін түбіртек

Квитанция на вещи

№ _____

Наряд бойынша (По наряду) № _____

Азаматтан қабылданды (Приняты от гражданина) _____

Мекен-жайы (Адрес) _____

Дезинфекциялау себептері (Для дезинфекции по поводу) _____

Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____

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

"___" _____ 20 ж.(г.) заттар Дезинфекциялауға тапсырылды
вещи сдал в дезинфекцию) _____

азаматтың қолы (подпись гражданина)

Заттарды камералық дезинфекциялауға қабылдады (Вещи для камерной
дезинфекции принял) _____

Дезинфекциялаушының қолы (подпись дезинфектора)

Наразылығым жоқ (Претензий не имею) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____

№ _____ бұйрығына
294-қосымша
Приложение 294
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 294/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 294/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

СУ ҚОЙМАСЫ ПАСПОРТЫ № _____

ПАСПОРТ ВОДОЕМА № _____

1. Су қоймасының орналасқан жері (ауданы, елді мекеме)

Место расположения водоема (район, населенный пункт)

2. Паспорттың толтырылған күні " ____ " _____

Дата заполнения паспорта

3. Шаруашылық мақсаты _____

Хозяйственное назначение

4. Арақашықтық тұрғын үй құрылысынан _____ м,

Расстояние от построек жилых

мал шаруашылығына _____ м

животноводческих

5. Су қоймасы карта-схемасы (паспорттың сыртқы бетіне салынады)

Карта-схема водоема (рисуеться на обратной стороне паспорта)

6. Су қоймасының сипаттамасы:

(Характеристика водоема):

Су қоймасының түрі _____

(Тип водоема)

Физикалық ауданы _____

(Физическая площадь)

Су қоймасының жағалаудағы тереңдігі,
_____ ортасында _____

(Глубина водоема у берега) (в середине)

Су қоймасының қоректену көзі _____

(Источник питания водоема)

Өсімдік сипаты _____

(Характер растительности)

Су өсімдігі ауданы (%) _____

(Площадь, покрытая водной растительностью (в %))

7. Тексеру және өңдеу үшін қол жетімділік _____

(Доступность для обследования и обработки)

8. Анофелогенді су қоймасы: ИЯ, ЖОҚ _____

(Водоем анофелогенный: ДА, НЕТ.)

Анофелогенды ауданы _____

(Анофелогенная площадь)

Тексеру күні Дата обследования	Су қоймасының ауданы Площадь водоема		Дәрінесілді н түрлік құрамы Видовой состав личинки	Зерттеу әдістемесі нің НҚ-ры НД на метод испытаний	Ұсынылатын іс-шаралар Рекомендуемые мероприятия			
	Жалпы Общая	Анофелогенды Анофелогенная			Санитариялық-гидротехникалық (тазалау, кептіру) Санитарно-гидротехнические (осушение, расчистка)	Биологиялық (гамбузир, басқа да биологиялық агенттер) Биологические (гамбузир, др. биологические агенты)	Химиялық (инсектицидтер, даму ингибиторлар) Химические (инсектициды, ингибиторы развития)	Физикалық (мұнай өнімдері) Физические (нефтепродукты, ВЖС и ВЖК)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Паразитолог _____

Энтомолог _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ " _____

№ _____ бұйрығына
 295-қосымша
 Приложение 295
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " ____ " _____ 2021 года

№ _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " ____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 295/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 295/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

Аса қауіпті инфекцияларды тасымалдаушы иксодты кенелердің аумақта бар болуын
 барлаушылық тексеріп-қарау нәтижесін есепке алудың жиынтық ведомосы
 Сводная ведомость учета результатов рекогносцировочных обследований территорий
 на наличие иксодовых клещей-переносчиков особо опасных инфекций 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Аумақ ы н ландша фтты сипаты Ландша фтная характер истика террито рии	Кезеңдер түрі (ашық, жабық) Тип стадии (открытый, закрытый)	Жиналған кенелер Собрано клещей		
			Барлығы Всего	Кенелердің түрі Виды клещей	%
1	2	3	4	5	6
Кенелер санының көрсеткіштері (флаго-сағат)		Зертханалық зерттеу деректері			

Показатели численности клещей на (флаго-часов)		Данные лабораторного исследования			
Имаго	Баска фазалар Другие фазы	Тексеріл г е н корлар саны Число обследо ванных пулов	Бөлінген өсірінді лер Выделен о культур	ПЦР/%	Бөлінген өсірінділер/ % Выделено культур /%
7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____ " _____
№ ____ бұйрығына
296-қосымша
Приложение 296
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года
№ ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 296/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 296/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет органына келу туралы
шақыру қағазы
ПОВЕСТКА о явке в государственный орган санитарно-эпидемиологической службы
Тұлға (Лицо)

Мекенжайы (Адрес)_
(адрес)

Сізге ҚР ӘҚБК-ның 812-823-баптарына сәйкес 2020_жылғы " " хаттаманың халықтың

санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы ҚР заңнамасы талаптарының бұзылу фактілерін қарау үшін

_____ 20_____ ж. (г.) " " _____ сағат
_____ кабинетке келуіңіз қажет. Дәлелсіз себеппен келмеген жағдайда ҚР ӘҚБК _____ негізінде Сіздің полицияның мәжбүрімен келуіңізге тура келеді. В соответствии ст. ст. 812-823 КоАП РК Вам необходимо явиться

_____ по адресу: _____

" " _____ 20_____ года к часам _____ мин. _____ в кабинет № _____ для рассмотрения фактов нарушения законодательства РК в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения. В случае неявки без уважительных причин, Вы можете быть подвергнуты принудительному приводу полицией на основании ст. _____ КоАП РК, для рассмотрения административного дела.

М.О. Мекеме басшысы _____
М.П. Руководитель учреждения _____

Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет органына келу туралы ШАҚЫРУ ҚАҒАЗЫНЫҢ ТҮБІРТЕГІ КОРЕШОК КВИТАНЦИИ ПОВЕСТКА о явке в государственный орган санитарно-эпидемиологической службы

Тұлға (лицо)
Мекенжайы (Адрес)
(адрес)

20_____ ж. " " _____ сағат
_____ мекенжайы бойынша орналасқан

шақыру туралы қағазды алдым.

Повестку о явке " _____ " _____ 20_____ года к _____ час. _____ мин. _____

_____ по адресу: _____

_____ получил.

20_____ ж. (г.) " " _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О (при наличии), роспись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
297-қосымша
Приложение 297
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 297/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 297/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Істі өндіріске қабылдау және қарауға тағайындау туралы АНЫҚТАМА
ОПРЕДЕЛЕНИЕ о принятии дела к производству и назначении к рассмотрению

2020 жылғы "_____" _____ 20____ года

Басшы (орынбасар) Руководитель (заместитель) _____

___ қатысты "Әкімшілік құқық бұзушылық туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің
бабының бөлігінде көзделген әкімшілік құқық бұзушылық туралы істі қарауға
дайындау кезінде

при подготовке к рассмотрению дела об административном правонарушении,
предусмотренного частью статьи Кодекса Республики Казахстан "Об

административных правонарушениях" в отношении _____

Анықтады: Установил:

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы осы іс ведомстволық бағынысты Данное дело об административном правонарушении подведомственно _____

_____ Осы істі қарау мүмкіндігін болдырмайтын мән-жайлар жоқ. Обстоятельств, исключающих возможность рассмотрения данного дела, не имеется. Ис бойынша іс жүргізу тілі ретінде __ (орыс, қазақ, басқа) анықталсын. Языком производства по делу определить __ (русский, казахский, другой). Баяндалғанның негізінде, "Әкімшілік құқық бұзушылық туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 701, 812 - 814-баптарын, 816-бабының 1-бөлігін басшылыққа ала отырып, Анықтады: На основании изложенного, руководствуясь статьями 701, 812 - 814, частью 1 статьи 816 Кодекса Республики Казахстан "Об административных правонарушениях" Определил: _____

_____, _____ катысты "Әкімшілік құқық бұзушылық туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің _____ бабының _____ бөлігінде көзделген әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс өндіріске қабылдансын және _____

_____ мекенжайында орналасқан ғимаратта 202 жылғы " " сағат минутта қарауға тағайындалсын. Принять к производству дело об административном правонарушении в отношении _____

_____, _____ предусмотренного частью _____ статьи _____ Кодекса Республики Казахстан "Об административных правонарушениях" и назначить к рассмотрению на часов минут " " 202__ года в здании _____, расположенного по адресу: _____

_____ тауарлар мен көрсетілетін қызметтердің сапасы мен қауіпсіздігін бақылау басқармасының Басшысы (орынбасары)

Руководитель (заместитель) _____ управления контроля качества и безопасности товаров и услуг _____

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
298-қосымша
Приложение 298
к приказу Министра

здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " ____ " _____ 2021 года
 № ____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 298/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 298/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

Полиомиелит немесе жедел енжар паралич жағдайын эпидемиологиялық тергеп-тексеру

Эпидемиологическое расследование случая полиомиелита или острого вялого паралича

1-бөлім. Жағдайды дереу тергеп-тексеру					
1-часть. Немедленное расследование случая					
1. Сәйкестендіру деректері					
Идентификационные данные					
Эпидемиологиялық немір		Тергеу күні	күн	ай	жыл
Эпидемиологиялық номер		Дата расследования	день	месяц	год

Тегі, аты, әкесі нің аты (болғ ан жағд айда) Фам илия , имя , отче ство (при нали чии)				Елді мекен атауы, мекенжайы Наименование населенного пункта, адрес			
Обл ыс Обл асть				Район Район			
Туға н жыл ы Дата рожд дени я	күн день	ай меся ц	жыл год	Туған жылы белгісіз болған жағдайда, шамамен жасын көрсетіңіз Если дата рождения не известна, то укажите примерный возраст	жын ыс пол	Ә Ж Е М	
Әкес інің тегі, аты, әкесі нің аты (болғ ан жағд айда) Фам илия , имя , отче ство (при нали чии) отца				Анасының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии) матери			

2. Регистрация				
Регистрация				
Жағдайды тіркеу күні Дата регистрации случая		күн день	ай меся ц	жыл год
Науқастың ауруханаға жатқызу күні Дата госпитализации больного		күн день	ай меся ц	жыл год
Медициналық ұйымның атауы Наименование медицинской организации	Ауру тарихы № История болезни №			
Клиникалық диагноз Клинический диагноз	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии)			
Науқас осы ауру бойынша басқа медициналық ұйымдарға медициналық көмекке жүгінген бе? (белгілеу)	ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Обращался ли за медицинской помощью больной по поводу данного заболевания в другие медицинские организации (отметить)				
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				
Сал ауруы (парез) басталған күн Дата начала паралича (пареза)		күн день	ай меся ц	жыл год
Науқас қайтыс болған жағдайда, өлім уақытын көрсету Если больной умер, то указать дату смерти		күн день	ай меся ц	жыл год
Егер науқаста сал ауруы, тырысу немесе басқа неврологиялық бұзылулар – бұлшықет гипотензиясы болса, көрсету Если у больного в анамнезе параличи, судороги или другие неврологические расстройства – мышечная гипотония, то укажите		ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно
Көрсетіңіз Укажите	Солғын сал (жылдам дамиды) паралич вялый (быстро прогрессирующий)	ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно
	Солғын (атоникалық) вялый (атонический)	ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно
Егер сал ауруы жедел және енжар емес болса, онда тергеп-тексеруді тоқтату. Диагнозын көрсету: Если паралич не острый и не вялый, то прекратите исследование. Укажите диагноз:				
Егер сал ауруы жедел және енжар болған жағдайда, тергеп-тексеруді жалғастыру Если паралич острый и вялый, то продолжайте исследование				

Аурудың бастапқы кезеңінде (сал) дене температурасының көтерілуі болды ма?					ия	жоқ	белгісіз	
Было ли повышение температуры тела в начале заболевания (паралича)?					да	нет	неизвестно	
Асимметриялық сал ауруы? Паралич асимметричный?					ия	жоқ	белгісіз	
					да	нет	неизвестно	
Сал ауруы басталып толық дамуына дейін қанша күн өтті? Сколько дней прошло от начала заболевания до полного развития паралича?								
Сал ауруы орны Место паралича:								
Сол аяқ Левая нога	ия	жоқ	белгісіз	Тыныс алу бұлшықеті Дыхательная мускулатура	ия	жоқ	белгісіз	
	да	нет	неизвестно		да	нет	неизвестно	
Оң аяқ Правая нога	ия	жоқ	белгісіз	Мойын бұлшықеті Мышцы шеи	ия	жоқ	белгісіз	
	да	нет	неизвестно		да	нет	неизвестно	
Сол қол Левая рука	ия	жоқ	белгісіз	Бет бұлшықеті Мышцы лица	ия	жоқ	белгісіз	
	да	нет	неизвестно		да	нет	неизвестно	
Оң қол Правая рука	ия	жоқ	белгісіз	Басқа (көрсету) Другие (укажите)	ия	жоқ	белгісіз	
	да	нет	неизвестно		да	нет	неизвестно	
Қол сал ауруы Паралич рук		проксималды проксималыный		дисталды дистальный	Екеуі де оба	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Аяқ салы Паралич ног		проксималды проксималыный		дисталды дистальный	Екеуі де оба	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Жүйке функциясының сезімталдығын жоғалту Утрата чувствительности функции нерва					ия	жоқ	белгісіз	
					да	нет	неизвестно	
Аурушандылыққа дейін 28 күн ішінде науқас басқа елді мекендерге (мемлекет) болды ма? Выезжал ли больной в другие населенные пункты (страны) в течение 28 дней до заболевания?					ия	жоқ	белгісіз	
					да	нет	неизвестно	
Барған болса көрсету Если выезжал, то укажите	с	күн день	ай месяц	жыл год	дейін до	күн день	ай месяц	жыл год
Қайда (мемлекет, елді мекен)								

Куда (страна, населенный пункт)					
60 күн ішінде науқастың айналасында салдың басқа жағдайлары болды ма? Были ли другие случаи параличей в окружении больного за последние 60 дней?		ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
4. Екпелік анамнез Прививочный анамнез					
Иммундау кезінде алынған ауызша полиомиелитті вакцина (АПВ) саны Количество доз оральной полиомиелитной вакцины (ОПВ), полученных в ходе иммунизации		жоспарлы плановая			
		қосымша допълнительная			
АПВ соңғы екпесінің күні Дата последней прививки ОПВ		күн день	ай месяц	жыл год	
5. Нәжіс талдамасын жинау Сбор образцов фекалия					
Бірінші нәжіс талдамасының алынған күні Дата взятия первого образца фекалия		күн день	ай месяц	жыл год	
Екінші нәжіс талдамасының алынған күні Дата взятия второго образца фекалия		күн день	ай месяц	жыл год	
Нәжіс талдамасының вирусологиялық зертханаға жіберілген күні Дата отправки образцов фекалия в вирусологическую лабораторию		күн день	ай месяц	жыл год	
Эпидемиологиялық тергеп-тексеру жүргізген мамандар Специалисты, проводившие эпидемиологическое исследование:					
Эпидемиологтың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии) эпидемиолога					
Клиницисттің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии) клинициста					
2-бөлім. 60 (90) күннен кейінгі науқас жағдайын бағалау 2-часть. Оценка состояния больного через 60 (90) дней					
Эпидемиологиялық нөмір Эпидемиологический номер		Тексеру күні Дата расследования	күн день	ай месяц	жыл год
		Елді меке			

Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии) больного				н, меке нжа й Насе ленн ы й пунк т, адре с			
Облыс Область				Райо н			
Туылған күні Дата рождения	күн день	ай месяц ц	жыл год	Туға н жыл ы белгі сіз болғ а н жағд айда , шам амен жас ын көрс етіңі з Если дата рож дени я неиз вест на, то укаж ите при мерн ы й возр аст		жын ыс пол	Ә Ж Е М
60 (90) күннен кейін қарау жүргізілді ме? Проведен ли осмотр через 60 (90) дней?				ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Қаралмаған жағдайда, себебін көрсету				Науқас бақылаудан шықты больной выбыл из-под наблюдения			

Если не проведен, то укажите причину	Науқас қайтыс болды больной умер		
Қаралған жағдайда салды (сал) көрсеті Если проведен, то укажите наличие параличей (парезов)	ия да	жоқ нет	басқа другое
Науқастың жағдайын бағалау жүргізілген медициналық ұйымның атауы Наименование медицинской организации, где проведена оценка состояния больного			
Бағалауды жүргізген мамандар Специалисты, проводившие оценку:			
Клиницисттің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии) клинициста			
Клиницисттің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии) эпидемиолога			

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
299-қосымша
Приложение 299
приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 299/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 299/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Сүтқоректілер санын есепке алу бойынша стационарлардағы жұмысты есепке алу күнделігі

Дневник учета работы на стационарах по учету численности млекопитающих

Басталуы (Начат) " ___ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ___ " _____ 20 ж. (г.)

Дата Күні	Стационардың № № стационара	Аулау үшін құрылған құралдар саны, дана Количество орудий улова, штук		Ұсақ сүтқоректілердің жалпы саны, бірлік Общее количество мелких млекопитающих, единиц	Сұртышқандар Полевки						
		торлар ловушки	қақпан капкан		Табындық Стадная	Қызыл сібірлік Красносибирская	Экономка Экономка	Кәдімгі Обыкновенная			
1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Супол евкасы Водяная пол евка	Ондатра	Тышқандар Мыши				Құртқоректілер (бурозубкалар) Насекомоядные (бурозубки)				Атж алм ан Хом як	
	Ондатра	Орман Лесная	Малютка Малютка	Мыс ка Үй Домовая	Егіс тік Пол евая	Қарапай ым Обыкнов енная	Арктикал ық Арктичес кая	Кіші Малая	Пасюк Пасюк		
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Күнделік жүргізуге жауапты тұлғаның Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при наличии) лица ответственного за ведение дневника)

_____ Қолы
_____ (Подпись)