

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі

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

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

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

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;



QR-код содержит данные ЭЦП должностного лица РГП на ПХВ «ИЗПИ»



QR-код содержит ссылку на данный документ в ЭКБ НПА РК

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 эпидемиологического расследования случаев неблагоприятных проявлений после иммунизации, согласно приложению 12 к настоящему приказу;

13) форму направления на вирусологические исследование, 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, β - 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 о временном отстранении от работы физических лиц, 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 о приостановлении деятельности или отдельных видов деятельности индивидуального предпринимателя или юридического лица, согласно приложению 94 к настоящему приказу;

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

96) форму постановления о запрещении ввоза, производства, применения и реализации продукции, оказывающей вредное воздействие на здоровье человека, предназначенной для использования и применения населением, а также в предпринимательской и (или) иной деятельности, согласно приложению 96 к настоящему приказу;

97) форму постановления о запрещении производства, применения и реализации новых видов сырья, продукции, химических веществ, технологического оборудования, механизмов, процессов, инструментария в случае признания их опасными для жизни и здоровья людей и среды обитания, согласно приложению 97 к настоящему приказу;

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

99) форму журнала регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о запрещении ввоза, производства, применения и реализации продукции, оказывающей вредное воздействие на здоровье человека, предназначенной для использования и применения населением, а также в предпринимательской и (или) иной деятельности, согласно приложению 99 к настоящему приказу;

100) форму журнала регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о запрещении производства, применения и реализации новых видов сырья, продукции, химических веществ, технологического оборудования, механизмов, процессов, инструментария в случае признания их опасными для жизни и здоровья людей и среды обитания, 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;

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

103) форму журнала регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о приостановлении деятельности или отдельных видов деятельности индивидуального предпринимателя или юридического лица, согласно приложению 103 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 перечня высокой эпидемически значимых 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 москитов, 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 паракоклюш, 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 229 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 звукоизоляций ограждающих конструкции согласно, приложению 272 к настоящему приказу;

273) форму журнала регистрации протоколов об административных правонарушениях, согласно приложению 273 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, ослюнения, 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.

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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 001/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Бактериологиялық тест алу

АКТІСІ

АКТ отбора бактериологических тестов

(от « » күні 20 _____ ж. (г.))

1. Объектінің атауы (Наименование объекта)

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

3. Стерилизатордың атауы (Наименование стерилизатора)

4. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора)

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

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

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

8. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)

9. Сақтау жағдайы (Условия хранения)

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный 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
имя, отчество представителя объекта, в присутствии которого произведен отбор)

Қолы (Подпись)

Үлгілерді алған адамның лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Должность, Ф.И.О.
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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 002/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 2021 года № _____

**Био тесттерді іріктеу
АКТІСІ**

АКТ отбора био тестов

(от) « » _____ күні 20 _____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы (Наименование объекта)

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

3. Дезинфекциялық камераның атауы (Наименование дезинфекционной камеры)

4. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора)

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

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

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

8. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)

9. Сақтау жағдайы (Условия хранения)

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

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

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

Қолы (Подпись)

Үлгілерді алған адамның лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда), (Должность, Ф.И.О. наличия) 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 003/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « » _____ 2021 го- да № _____

Шайындыларды іріктеу

АКТІСІ

АКТ отбора смывов

(от) « » _____ күні 20 ж. (г.)

1. Объектінің атауы (Наименование объекта)

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

3. Сынама алынған орын (Место отбора)

4. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора)

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

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

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

8. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)

9. Сақтау жағдайы (Условия хранения)

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

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

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

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

Қолы _____

Подпись

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

Қолы (Подпись) _____

Акт ___ данада толтырылды

(Акт составлен в ___ экземплярах)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы « » _____ № _____
бұйрығына 4-қосымша

Приложение 4 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 004/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 004/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 2021 года № _____

Су үлгілерін іріктеу

АКТИСІ

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

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

АКТИСІ

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 6 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық 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 органа 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 об- разцов)	Мөлшері, (грамм) Количество (грамм)	Алу тереңдігі (санти- метр) 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) (Должник
(при наличии) представителя объекта, в присутствии которого произведен отбор)

Қолы (Подпись) _____

Үлгілерді алған адамның лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Должность, Ф.И.О.
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 нысаны санды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 007/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ___ » _____ 2021 года № _____

Зерттеу жүргізуге тағам өнімдерін іріктеу

АКТИСІ

АКТ

отбора пищевых продуктов на проведение исследования

(от) _____ 20 _____ жыл (год)

1. Объектінің атауы (Наименование объекта) _____
2. Тексеру белгіленгені туралы актінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки) _____

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

4. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора образца) _____

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

6. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

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

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

9. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

10. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____

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

12. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

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

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

Қолы (Подпись) _____

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

Қолы (Подпись) _____

Акт ___ данада толтырылды

(Акт составлен в ___ экземплярах)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы « » _____ № _____
бұйрығына 8-қосымша
Приложение 8 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Радиобелсенділікті зерттеуге үлгілерді іріктеу

АКТІСІ

АКТ

отбора образцов на исследование радиоактивности

№ _____ (от) « _____ » _____ күні 20 ж. (г.)

1. Объектінің атауы (Наименование объекта) _____
2. Тексеру белгіленгені туралы актінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки) _____
3. Сынама алынған орын (Место отбора образца) _____

4. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора образца) _____

5. Сынама алынған партияның көлемі (Объем партии, из которой отобрана образец) _____

6. Жергілікті табиғи радиациялық аяның деңгейі (Уровень естественного радиационного фона на местности) _____

7. Сынама алынған партияның бетіндегі радиациялық аяның деңгейі (мөлшер қуаты) (Уровень радиационного фона (мощность дозы) на поверхности партии, от которой отобран образец) _____

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

иә (да), жоқ (нет)

9. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

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

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

Қолы (Подпись) _____

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

Қолы _____

(Подпись)

Акт ___ данада толтырылды

(Акт составлен в _____ экземплярах)

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «__» _____ № _____
бұйрығына 9-қосымша

Приложение 9 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 009/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 009/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Дезинфекциялайтын заттардың сынамаларын іріктеу

АКТІСІ

АКТ

отбора проб дезинфицирующих средств

(от) «__» _____ күні 20__ ж. (г.)

1. Объектінің атауы (Наименование объекта) _____
2. Основание (Негіздеме) _____
3. Сынама алынған орны (Место отбора)

4. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора) _____
5. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
6. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
7. Сынама алу әдісіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод отбора) _____
8. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)

9. Сақтау жағдайы (Условия хранения)

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

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

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

Қолы (Подпись) _____

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

Қолы (Подпись) _____

Акт ___ данада толтырылды

(Акт составлен в _____ экземплярах)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «__» _____ № _____
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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 010/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

**Зоонозды және аса қауіпті инфекцияларға микробиологиялық зерттеуге
үлгіні іріктеу
АКТІСІ
АКТ**

отбора проб внешней среды на зоонозные и особо опасные инфекции

(от) «__» _____ 20__ ж. (г.)

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

2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца)

3. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)

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

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

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

7. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)

Үлгілер нөмірі (Номер образца)	Алынған сынамалар атауы, үлгі алынған орын және нүктелер (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 и 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 Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 011/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 011/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 2021 года № _____

Кенелерден сынаманы іріктеу

АКТІСІ

АКТ

отбора клещей

(от) _____ 20 _____ жыл (год)

1. Объектінің атауы (Наименование объекта) _____
2. Тексеру актісінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки) _____
3. Сынама алынған орын (Место отбора образца) _____
4. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора образца) _____
5. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____

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

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

8. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

9. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

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

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

Қолы (Подпись) _____

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

Қолы (Подпись) _____

Акт ___ данада толтырылды

(Акт составлен в ___ экземплярах)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «__» _____ № _____
бұйрығына 12-қосымша

Приложение 12 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2021 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 № 012/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 012/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Иммундаудан кейінгі қолайсыз көріністер (бұдан әрі - ИКҚК)

жағдайларын эпидемиологиялық тергеп-тексеру

АКТІСІ

АКТ

эпидемиологического расследования случаев

неблагоприятных проявлений после иммунизации

(далее - НППИ)

от «__» _____ 20__ г.

I. Паспорттық мәліметтер

Паспортные данные

1. Тері _____ Аты _____ Әкесінің аты (бар болған жағдайда) _____

Фамилия _____ Имя _____ Отчество (при наличии) _____

2. Жынысы _____ Туған күні (күні, айы, жылы) _____ «__» _____ .

Пол _____ Дата рождения (день, месяц, год) «__» _____ г.

3. Жұмыс орны (оқу, мекеме) _____

Место работы (учебы, организация) _____

4. Тұратын мекен жайы _____

Домашний адрес _____

II. Екпе алушының денсаулық жағдайы туралы ақпарат

Сведения о состоянии здоровья привитого

5. Жекелеген ерекшеліктері (мерзіміне жетпей тууы, туу жаракаты, бас-ми жаракат стероидты терапия және т.б.) _____

(Индивидуальные особенности (недоношенность, родовая травма, черепно-мозговая предшествовавшая терапия стероидами и т.д.)) _____

6. Ауырған аурулары (соңғы ауырған күні және ұзақтығы), қосалқы аурулары _____
(Перенесенные заболевания (с указанием даты и продолжительности последнего за сопутствующие заболевания) _____

7. Туған кезден бастап екпеге қарсы көрсеткіштері _____

(Наличие противопоказаний к прививкам с момента рождения)

8. Алдыңғы егулер туралы мәліметтер (063/у нысанынан) _____

(Сведения о предшествующих прививках (из формы 063/у))

9. Егілушінің немесе оның отбасы мүшелерінің құрысуға бейімділігінің болуы
бұрын жүргізілген екпелерге ерекше реакциялар (сипаты
реакциялар) _____

(Наличие у привитого или членов его семьи склонности к судорожным состояниям, необычных реакций на ранее проведенные прививки (характер реакции))

10. Егуге дейін соңғы 3 аптада инфекциялық науқастармен байланыстың болуы _____

(Наличие контактов с инфекционными больными за последние 3 недели до прививки)

11. Егу алдында тексеруді кім және қашан жүргізді және температурасы көрсете от
рұқсат беру бойынша

қорытынды _____

(Кем и когда проведен осмотр перед прививкой и заключение по допуску к прививки
температуры)

III. Егу туралы мәліметтер

Сведения о прививке

12. Иммунизация түрі, ол есептеледі _____

(Вид иммунизации, которая по счету)

13. Препаратты енгізу күні, дозасы және орны _____

(Дата, доза и место введения препарата)

14. Иммундауды жүргізген медициналық ұйым, сақтауда анықталған бұзушылықта
пайдалану _____

(Медицинская организация, проводившая иммунизацию, выявленные нарушения в
использовании)

15. Егуді жүргізген адамның біліктілігі _____

(Квалификация лица, проводившего прививку)

16. Иммундауды жүргізу техникасындағы бұзушылықтар

_____ (Нарушения в технике проведения иммунизации)

17. Қандай шприцтер қолданылды _____

(Какие шприцы использовались)

18. Баланың ата-анасының (қамқоршысының) екпе жасауға келісімінің болуы _____

(Наличие согласия родителей (опекуна) ребенка на прививку)

IV. ИКҚК клиникасы

Клиника НППИ

19. Жалпы реакция (температура, бас ауруы, құсу, коллапс және т. б.), олардың пай
мен уақыты _____

(Общая реакция (температура, головная боль, рвота, коллапс и т.д.)), дата и время и

20. ОЖЖ тарапынан асқынулар (құрысулар, энцефалопатия және т. б.), олардың па
уақыты _____

(Осложнения со стороны ЦНС (судороги, энцефалопатия и т.д.), время их появления)

21. Аллергиялық реакция _____

(Аллергическая реакция)

22. Жергілікті реакция (өлшемдері, олардың пайда болу уақыты):

(Местная реакция (размеры, время их появления):

гиперемия _____;

жұмсақ тіндердің ісінуі _____;

(отечность мягких тканей)

инфильтрат, өлшемдері _____;

(инфильтрат, размеры)

абсцесс, флегмона, суық абсцесс, некроз, лимфаденит және басқалар _____

абсцесс, флегмона, холодный абсцесс, некроз, лимфаденит и другие

23. Басқа органдар тарапынан асқынулар (нефропатия, миокардит, астматикалық, Г
синдром және т. б.), олардың пайда болу уақыты _____

(Осложнения со стороны других органов (нефропатия, миокардит, астматический,
геморрагический синдром и т.д.), время их появления)

24. Интеркуррентті инфекциялардың қосылуы _____

(Присоединение интеркуррентных инфекций)

Созылмалы аурулардың өршуі _____

(Обострение хронических заболеваний)

V. Препарат туралы мәліметтер

Сведения о препарате

25. Препараттың атауы _____

(Наименование препарата)

26. Вакцина өндірушісі _____

(Производитель вакцины)

27. Серия және бақылау нөмірі

(Серия и контрольный номер) _____

28. Жарамдылық мерзімі (Срок годности)

29. Тасымалдау және сақтау шарттары _____

(Условия транспортировки и хранения)

30. Пайдалану шарттары (ампула немесе құты ашылған кезде)

(Условия использования (когда открыта ампула или флакон))

31. Вакцинацияланған адамдар саны:

(Число привитых людей):

1) препараттың осы сериясымен, ауданда (данной серией препарата, в районе) _____

2) облыста (в области) _____;

3) сол ұйымда, сол тұлғада (в той же организации, тем же лицом) _____

4) сол ампуладан (құтыдан) (из той же ампулы (флакона)) _____

5) олардың иммунизацияға реакцияларының болуы _____

(Наличие у них реакций на иммунизацию)

VI. ИКҚК туындаған кезде медициналық көмекті ұйымдастыру

Организация медицинской помощи при возникновении НППИ

32. ИКҚК даму күні «___» _____ 20___ ж.

(дата развития НППИ) «___» _____ 20___ г.

33. Медициналық көмекке жүгінген күні мен орны «___» _____ 20___ ж

(Дата и место обращения за медицинской помощью) «___» _____ 20___ г.

34. Емдеуге жатқызу күні мен орны «___» _____ 20___ ж. _____

(ауру тарихының көшірмесін қоса беру) _____

(Дата и место госпитализации) «___» _____ 20___ г. _____

(приложить копию истории болезни) _____

35. Қосымша зерттеу әдістерінің деректері _____

(Данные дополнительных методов исследования)

36. Жүргізілген емдеу (препараттарды енгізу және дозалау күнін көрсету) _____

(Проведенное лечение (указать дату введения и дозировки препаратов))

37. ИКҚК нәтижесі _____

(Исход НППИ)

38. Қайтыс болған жағдайда:

қайтыс болған күні «___» _____ 20___ ж.,

мәйітті ашу күні «___» _____ 20___ ж.

В случае смерти:

дата смерти «___» _____ 20___ ж.,

дата вскрытия «___» _____ 20___ ж.

(Гистологиялық, бактериологиялық және басқа зерттеулердің толық деректері бар і хаттамасының көшірмесі қоса берілсін).

(Приложить копию протокола вскрытия с подробными данными гистологического, бактериологического и других исследований).

39. Комиссияның асқыну себептері туралы қорытындысы

Ескерту: картада комиссияның пікірі бойынша барлығын көрсету керек бұл маңызды, бірақ тармақтарда қарастырылмаған.

Заклучение комиссии о причинах осложнений

Примечание: В карте следует указать все, что по мнению комиссии является существенным, но не предусмотрено в пунктах.

Комиссия мүшелерінің лауазымдары мен қолдары:

Должности и подписи членов комиссии:

Тексеру күні «_____» _____ 20____ ж.

Дата обследования «_____» _____ 20____ г.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы « » _____

№ _____ бұйрығына

13-қосымша

Приложение 13

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

Вирусологиялық зерттеуге жіберу

ЖОЛДАМАСЫ

НАПРАВЛЕНИЕ

на вирусологические исследования

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

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

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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 015/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « » _____ 2021 года № _____

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

1. Тіркеу № (регистрационный №) _____
2. Материал жіберілетін зертханасының атауы (Наименование лаборатории, в которую направляется материал)

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

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

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

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

7. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

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

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

10. Жасы (Возраст) _____

11. Зерттелушінің ЖСН (ИИН обследуемого) _____

12. Мекен жайы (Домашний адрес) _____

13. Жұмыс орны (Место работы) _____

14. Диагнозы (Диагноз) _____

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

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 органа 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:	Науқастың эпиднөмірі: 1 Эпидномер больного: 1	Күні: /// ж Дата: /// г
	Аурудың Т.А.Ә (болған жағдайда): Ф.И.О (при наличии) больного:	Е М
	Туылған күні: /// жыл Дата рождения: /// года	Ә Ж
		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 органа 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
эпидемиологическому показанию (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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 019/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « » _____ 2021 года № _____

Адамдардан іріктелген сынамаларды микробиологиялық тексеруге

ЖОЛДАМА

НАПРАВЛЕНИЕ

материала от людей на микробиологические исследования

1. Сынаманың атауы (Наименование пробы)

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

3. Жасы (Возраст)

4. Мекен жайы (Домашний адрес)

5. Жұмыс орны (Место работы)

6. Диагнозы (Диагноз)

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

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

9. Антибиотикті қабылдау (Применение антибиотиков)

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

11. Сынамаларды зерттеу мақсаты (Цель исследования пробы)

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

13. Сынаманы қабылдаған адамның қолы (Подпись принявшего анализ)

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

15. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)

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

_____ данада толтырылады (составляется в _____ экземплярах)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «__» _____
№ _____ 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 020/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Адамдардан іріктелген сынамаларды _____ тексеруге

**ЖОЛДАМА
НАПРАВЛЕНИЕ**

материала от людей на _____ исследования

1. Сынаманың атауы (Наименование пробы) _____
2. Зерттелушінің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) обследуемого)

3. Жасы (Возраст) _____

4. Зерттелушінің ЖСН (ИИН обслеуемого)

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 Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 021/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Сынаманы тырысқақ қоздырғышына тексерудің жолдамасы және зерттеу нәтижесі

Направление и результат исследования материала на наличие возбудителя холеры

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

4. Жұмыс орны (Место работы) _____
5. Диагнозы (Диагноз) _____
6. Сынаманы алған күні және уақыты (Дата и время взятия пробы)

7. Бірінші рет немесе қайталап (Первичный или повторный)

8. Антибиотикті қабылдағаны туралы (Применения антибиотика)

9. Жіберген мекеме (Направляющее учреждения) _____
10. Үлгіні жіберген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О (при наличии),
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) провод
исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) заведующ
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
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 022/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Материалдарды тырысқақ қоздырғышына зерттеу

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

исследования материала на наличие возбудителя холеры

№ _____ " _____ " _____ 20__ ж. (г.)

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

2. Жасы (Возраст) _____

3. Мекен-жайы (Адрес) _____
4. Жұмыс орны (Место работы) _____
5. Диагнозы (Диагноз) _____
6. Сынаманы алған күні және уақыты (Дата и время взятия пробы)

7. Бірінші рет немесе қайталап (Первичный или повторный)

8. Антибиотикті қабылдағаны туралы (Применения антибиотика)

9. Жіберген мекеме (Направляющее учреждения) _____
10. Сынама атауы (Наименование пробы) _____
11. Жеткізу күні мен уақыты (Дата и время доставки)

12. Зерттеу мақсаты (Цель обследования) _____
13. Үлгіні жіберген адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда). қолы (Должность, Ф.И.О. (і
наличии), подпись направившего материал) _____
14. Зерттеу әдісіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод испытаниі

15. Зерттеу қорытындысы (Результат исследования)

Үлгілердің (нің) нормативтік құжаттарға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование образца проводились на соответствие нормативного документа)

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

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 **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):

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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 023/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Тамақ өнімдерінің үлгілерін зерттеу

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

исследования образцов пищевых продуктов

№ _____ от «__» _____ 20 ж. (г.)

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

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 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)

Көрсеткіштердің атауы (Наименование показателей)	Өлшеу бірлігі (Единица измерения)	НҚ бойынша нормасы (Норма по НД)	Зерттеу нәтижесі (Результат испытания)	Зерттеу әдістеріне қолданылған НҚ (НД на метод испытания)
1	2	3	4	5

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

Қолы (Подпись)

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы.
(Ф.И.О.(при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Мекеме басшысы (орынбасары)
Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы

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

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в __ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) « ____ » _____ 20 ____

(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады
(Результаты исследования

распространяются только на образцы, подвергнутые испытанием)

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

25-қосымша

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

Нысан
Форма
A4 Форматы
Формат A4

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

Шайындыларды микробиологиялық зерттеу

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

микробиологического исследования смывов

№ _____ (от) «__» _____ күні 20 ж. (г.)

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

2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____

3. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца) _____

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

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

6. Мөлшері (Объем)

7. Партия номері (Номер партий)

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

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

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

11. Қосымша деректер (Дополнительные сведения)

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

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

Үлгі нөмірі (Номер образца)	Үлгі алынған орын және нүктелер (Место и точки отбора)	Нәтиже Результат			Ескерту (Примечание)
		Ішек таяқшалары тобының бактериясы (Бактерии группы кишечных палочек)	Алтын түстес стафилококк (Золотистый стафилококк)	Шартты патогенді флора (Условно патогенная флора)	
1	2	3	4	5	6

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

Қолы (Подпись)

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Мекеме басшысы (орынбасары)
Т.А.Ә.(болған жағдайда), қолы

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

Хаттама ___ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) « ____ » _____ 20 ____
(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады
(Результаты исследования

распространяются только на образцы, подвергнутые испытанием)

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 Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы « » _____

№ _____ бұйрығына

26-қосымша

Приложение 26
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 № 026/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 026/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « » _____ 2021 года № _____

Тамақ өнімдерін микробиологиялық зерттеу

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

микробиологического исследования пищевых продуктов

№ _____ от « _____ » _____ 20 _____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца) _____

4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Партия номері (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
10. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
11. Үлгі алу әдісіне қолдалынған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____
-
12. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____
13. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____
14. Зерттеу әдісіне қолданылған НҚ (НД на метод испытаний) _____

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгінің нөмірі (Номер образца)	Микробиологиялық көрсеткіштер (Микробиологические показатели)	Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)	Нормаланатын көрсеткіш (Нормируемый показатель)	Зерттеу әдісіне қолданылған НҚ (НД на метод испытания)
1	2	3	4	5	6

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

Қолы (Подпись)

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы.
(Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Мекеме басшысы (орынбасары)
Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы

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

Хаттама ___ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) « ___ » _____ 20__

(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана 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): _____

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

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

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					

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 **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): _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы « » _____

№ _____ бұйрығына

28-қосымша

Приложение 28
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Тасымалдаушылыққа микробиологиялық зерттеу

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

микробиологического исследования на носительство

№ _____ от " __ " _____ 20__ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца) _____

4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Топтама сана (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
10. Үлгі алу әдісіне қолдалынған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____
11. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____
12. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____
13. Зерттеу әдісіне қолдалынған НҚ (НД на метод испытаний) _____
14. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Т.А.Ә. (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии))	Туылған жылы (Год рождения)	Жұмыс орны (Место работы)	Лауазымы (Должность)	Нәтиже (Результат)	Ескертпе (Примечание)
1	2	3	4	5	6	7

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

Қолы (Подпись)

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы.
(Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Мекеме басшысы (орынбасары)
Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы

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

Хаттама ___ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) « ____ » _____ 20__

(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана 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**)

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 министрлігі 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 органа 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)	10^9-10^{10}	10^8-10^9	
3.	Лактобактериялар (Лактобактерии)	10^6-10^7	10^7-10^8	
4.	Қалыпты ферментативтік активті ішек таяқшасы (Кишечная палочка с нормальной фермен. активностью)	10^7-10^8	10^7-10^8	
5.	Ферментативтік активтілігі төмен ішек таяқшасы (Кишечная палочка со сниженной фермент. активностью)	10^5-10^7	10^6-10^7	
6.	Лактоза негативтік ішек таяқшасы (Лактозонегативная кишечная палочка)	$\leq 10^4$	$\leq 10^5$	
7.	Гемоліз тудырушы ішек таяқшасы (Гемолитически активная кишечная палочка)	$< 10^4$	$< 10^4$	
8.	Протей	$< 10^4$	$< 10^4$	
9.	Шартты патогендік энтеробактериялар (Условно-патогенные энтеробактерии)	$\leq 10^4$	$\leq 10^5$	
10.	Патогенді стафилококк (Патогенный стафилококк)	$\leq 10^1$	$\leq 10^3$	
11.	Басқа стафилококктар (Другие стафилококки)	$\leq 10^5$	$\leq 10^4$	
12.	Энтерококктар (Энтерококки)	10^6-10^7	10^5-10^6	
13.	Клостридиялар (Клостридии)	$\leq 10^1$	$\leq 10^5$	
14.	Кандида тұқымдас санырауқұлақтар (Грибы рода кандиды)	$\leq 10^3$	$\leq 10^5$	
15.	ТГТБ (НГОБ)	$\leq 10^3$	$\leq 10^3$	

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 испытанием)

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
А4 Форматы
Формат А4

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

Мұнай өнімдерін және арнайы сұйықтықтарды қайта өңдеу үлгісін зерттеу

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

исследования образца переработки нефтепродуктов и специальных жидкостей

№ _____ от «__» _____ 20__ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, алу орны (Наименование объекта, место отбора) _____
2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
3. Өндіруші ел (фирма) (жеткізуші) (Страна (фирма) изготовитель (поставщик)) _____
4. Үлгіні алу күні, сақтау мерзімі (Дата получения образца, срок хранения) _____
5. Сынама алу әдісіне қолданылған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____
6. Үлгіні алу актісі (Акт отбора образца) № ___ от _____
7. Үлгінің сипаттамасы (Описание образца) _____
8. Мөлшері (Объем) _____
9. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____ жарамдылық мерзімі (срок годности) _____
10. Топтама нөмірі (Номер партий) _____
11. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____ аяқталуы (окончания) _____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

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

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование 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 сыналуда жататын үлгілерге қолданылады
(Результаты исследования

распространяются только на образцы, подвергнутые испытанием)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға **ТҮЙІМ 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
А4 Форматы
Формат А4

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

**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)	Молекулалық-генетикалық көрсеткіштер (Молекулярно-генетические показатели)	Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)		Нормаланатын көрсеткіш (Нормируемый показатель)	НҚ – әдісіне зерттеу (НД на Метод испытания)
				Сапалық көрсеткіш (Качественный показатель)	Сандық көрсеткіш (Количественный показатель)		
1	2	3	4	5	6	7	8

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

Қолы (Подпись)

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы.

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

Мөр орны Мекеме басшысы (орынбасары) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы _____

Место печати Руководитель организации (заместитель) _____

(Ф.И.О.(при наличии), подпись)

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) « ____ » _____ 20 ____
(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда 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

32-қосымша

Приложение 32

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от « » _____ 2021 года

№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

**Тамақ өнімдерін молекулярлық-генетикалық сынақтарға
полимеразды-тізбекті реакция (ПТР) әдісімен зерттеу және иммундық
ферментті талдау (ИФТ)**

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

**исследования пищевых продуктов на молекулярно-генетические
испытания методом полимеразно-цепной реакции (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

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 **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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 033/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Зоонозды және аса қауіпті инфекцияларға микробиологиялық зерттеу

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

микробиологического исследования на зоонозные и особо опасные инфекции

№ _____ (от) «__» _____ күні 20 ж. (г.)

1. Үлгілердің зерттеу нәтижесін алатын мекеме атауы (Наименование учреждений получающий результат исследования образца) _____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____

3. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____
4. Сынама алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
6. Сынамалар саны (количество проб) _____
7. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
8. Сынама алу әдісіне қолданылған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____
9. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Өлшеулер нәтижелері (Результаты измерений)

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

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

Қолы (Подпись)

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы.
(Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Мекеме басшысы (орынбасары)
Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы

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

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в __ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) « ____ » _____ 20 ____

(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана 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)

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

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

Полимерлік және басқа материалдардың, олардан жасалған бұйымдардың, имиялық 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 НҚ 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 035/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Аэроиондар концентрациясын өлшеу

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

измерений концентрации аэроионов

№ _____ от «__» _____ 20 ж. (г.)

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

_____ цех, учаске (цех,

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Кесте/Таблица № 2

Аэроиондардың полярлығы (Полярность аэроионов)	Аэроиондардың концентрациясы, p , (ион/см ³) Концентрации аэроионов, p , (ион/см ³)										Униполярлы коэффициенті, U (Коэффициент униполярности, U)	
	Бірлік өлшеу мәні, p_i , (Значения единичного измерения, p_i)								Орташа мәні (Средние значения)			
	1	2	3	4	5	6	7	8	$p_{\text{ср}}$	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 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 исследу
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))
		Жал- пы (Об- щая)	Жергілік- ті (Локаль- ная)	

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)											Оське діріл үдейткіштің түзетілген деңгейі, дБ (Корректированный уровень виброускорения для оси, дБ)	Циклға, операцияға дірілүдейткіштің түзетілген деңгейі, дБ (Корректированный уровень виброускорения для цикла, операции, дБ)	Діріл үдейткіштің эквивалентті түзетілген деңгейі, дБ (Эквивалентный корректированный уровень виброускорения, дБ)	Дірілүдейткіштің шекті эквивалентті түзетілген деңгейі, дБ (Допустимый эквивалентный корректированный уровень виброускорения, дБ)
	1	2	4	8	16	31,5	63	125	250	500	1000				
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование 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 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

37-қосымша

Приложение 37
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Шу, дыбыс деңгейлерінің 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 проводились на соответствие НД) _____

Өлшеулер нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Кескіні бойынша нүкте нөмірі	Өлшеу орны (жабдықтың маркасы, түрі, құжат деректері көрсетілсін) (Место замера (указать марку, тип, паспортные данные оборудования))	Шудың сипаты			
			Характер шума			
			Спектр Бойынша По спектру	Уақыт сипаттамалары бойынша По временным характеристикам		
				Тонды	Толқы- мелі	Үзіл- мелі

	(Номер точки по эскизу)			Кең- қуы- сты (Ши- роко- плост- ной)	(То- наль- ный)	Тұ- рақ- ты (По- сто- ян- ный)	ма- лы (Ко- леб- лю- щий- ся)	(Пре- ры- ви- стый)	(Им- пульс- ный)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Октавалық жолақта дБ-мен ортагеометриялық жиілігі Гц-дағы дыбыстық қысымның деңгейлері (Уровни звукового давления в дБ октавных полосах со среднегеометрическими частотами в Гц)														ЛА дыбыс деңгейі (дыбыстың балама деңгейі) / ЛА, дБА дыбыстың ең жоғарғы деңгейі (Уровень звука LA (эквивалентный уровень звука)) / (Максимальный уровень звука LA, дБА)	Норма бойынша ЛА дыбыстың рұқсат етілетін деңгейі / ЛА, дБА дыбысының ең жоғарғы рұқсат берілетін деңгейі (Допустимый уровень звука LA по норме) / (Максимальный допустимый уровень звука LA, дБА)	
1	25	26	8	16	31,5	63	125	250	500	1000	2000	4000	8000			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Октавалық жолақта дБ-мен үштен бірі ортагеометриялық жиілігі Гц-дағы дыбыстық қысымның деңгейлері (Уровни звукового давления в дБ третьоктавных полосах со среднегеометрическими частотами в Гц)															
100	125	160	200	250	320	400	500	630	800	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 оқшаулау индексі R_w -дБ (Индекс изоляции воздушного шума R_w -дБ)		Соққы шуының келтірілген деңгей индексі L_{nw} -дБ (Индекс изоляции приведенного ударного шума L_{nw} -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 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**

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

38-қосымша

Приложение 38
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ 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 № 038/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 038/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____</p>

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)

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

Кестенің жалғасы
Продолжение таблицы

(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 (қуаттылығы) (Режим работы (мощность) источника при измерении)	Шығарған зауыттың нөмірі (Заводской номер источника)	Шығарылған жылы (Год выпуска источника)	Ескерту (Примечание)
17	18	19	20	21	22	23

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование 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

39-қосымша

Приложение 39
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

**Өсімдік шаруашылығы өнімін нитраттардың бар болуына зерттеу
ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ**

исследования растениеводческой продукции на содержание нитратов

№ _____ от «__» _____ 20__ (г.)

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

2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца)

3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____

4. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

5. Партия мөлшері (Величина партии) - _____

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

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

8. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

9. Мөлшері (Объем)

10. Топтамалар сана (Номер партий) _____

11. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)

12. Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Өнімнің атауы (Наименование продукции)	Нитраттардың анықталған қалдық құрамы (Обнаруженное остаточное содержание нитратов)	мг /кг	РЕМД 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 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 тур
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

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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 040/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

**Ауылшаруашылық өнімдерін, тамақ өнімдерін, суды,
топырақты, ауа ортасын пестицидтердің қалдық көлемін анықтауға зерттеу
(жоғары технологиялық зерттеу зертханасы, (бұдан әрі –ЖТЗ))**

**ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ**

**исследования образцов сельскохозяйственной продукции, воды, почвы,
воздушной среды на определение остаточных количеств пестицидов
(лаборатория Высоко технологической исследований) № _____**

от «__» _____ 20 ж. (г.)

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

13. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____
14. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____
15. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Ингредиенттер және басқалар көрсеткіштерінің атауы 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 сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/Результаты
исследования

распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная пер
протокола

без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, хими
заттардың,

физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорыты
(Заключение

санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукци
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	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен Бекітілген № 041/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 041/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Дезинфекциялайтын заттарды зерттеу

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

исследования дезинфицирующих средств

№ _____ от «__» _____ 20__ ж.(г.)

1. Шаруашылық жүргізуші 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)

Үлгі-нің 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 _____
(влажность) _____

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

Парақтар саны (Количество страниц) _____

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

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная пер протокола

без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, хими физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорыты (Заклучение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции 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 органа 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 максаты (цель исследования) _____
9. Материалды жеткізу күні (Дата доставки материала)

10. Материалдың алынған күні (Дата забора материала)

11. Зерттеу нәтижесі (результат исследования)

12. Ескерту (примечание) _____

Зерттеу НҚ-ға сәйкестікке жүргізілді (Исследование 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 и распространяются только на образцы, подвергнутые испытанием

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная пер протокола

без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, хими физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорыты (Заклучение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследу 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

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 043/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 043/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__</p>

Санитариялық вирусологияға үлгілерді зерттеу

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

исследования образцов на санитарную вирусологию

№ _____ от «__» _____ 20__ ж. (Г.)

1. Сынаманың атауы (наименование пробы)

2. Үлгі алу орны (Место взятия образца) _____

3. Үлгінің алынған күні (Дата отбора) _____
 4. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
 5. Тасымалдау жағдайы (условия транспортировки)
 6. Реакцияның түрі (Вид реакции) _____
 7. Үлгіні жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения направившего образец) _____
 8. Метод исследования _____
 9. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)
-
10. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проводились на соответствие НД) _____

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

Қолы (Подпись)

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Мекеме басшысы (орынбасары)
Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы

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

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в __ экземплярах)

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

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования

распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепродажа протокола

без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химия заттардың,

физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытынды (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
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 044/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 044/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 2021 года № ____

_____ үлгілерді зерттеу

(инфекция түрі)

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

исследований образцов _____

(вид инфекции)

№ _____ « ____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество обследуемого) _____
2. Жасы (Возраст) _____

3. Мекен жайы (Домашний адрес) _____
4. Жұмыс орны (Место работы) _____
5. Үлгіні жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения направивший обра
6. Диагнозы (Диагноз) _____
7. Зерттелгенде: аңқадан, мұрыннан алынған жағынды, жұлын сұйығы, қан үлгісі, т
 (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 анти

11. Материалды алу күні (Дата забора материала) _____

12. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)

Қан үлгісі образец крови	Ауыру күні День болезни	Вирусқа қарсы денелер 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 исследова-
 ние) _____

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 пер
протокола

без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, хими
заттардың,

физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорыты
(Заклучение

санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукци
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 органа 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), спец. проводившего исследование) _____

_____ Қолы, (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), пс. 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 **ТҮЙІМ САЛЫНҒАН**/ Частичная пе
протокола

без разрешения **ЗАПРЕЩЕНА**

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, хими
заттардың,

физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорыты
(Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследу
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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 046/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 2021 года № ____

Топырақ пен өсімдіктердің радиобелсенділігін зерттеу

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

исследования радиоактивности почвы и растительности

№ _____ от « ____ » _____ күні 20 ____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгінің атауы Наименование образца _____
3. Үлгі алу орны(Место отбора образца) _____

4. Үлгінің келіп түсу уақыты (Дата 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) НК-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование образца проводилось на соответствие НД) _____

Өлшеу нәтижелері

(Результаты измерений)

№	Үлгінің атауы Наименование образца	Зерттеу әдісі-менің НК-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), спецпроводившего исследование) _____

_____ Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), пс 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 пе
протокола

без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, хими
заттардың,

физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорыты
(Заклучение

санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукци
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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 047/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Құрылыс материалдары мен бұйымдарының радиобелсенділігін зерттеу

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

исследования радиоактивности строительных материалов и изделий

№ _____ от «__» _____ күні 20 _____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгінің атауы Наименование образца _____
3. Үлгі алу орны(Место отбора образца) _____

4. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____

6. Мөлшері (Объем) _____

7. Топтамалар сана (Номер партий) _____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

10. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

11. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором)

№ _____

12. Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

№ _____ (от) «__» _____ 20__ ж.(г.)

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

Өлшеу нәтижелері

(Результаты измерений)

№ п /п	Үлгінің атауы Наименование образца	Үлестік тиімді белсенділік, Бк/кг Удельная эффективная активность, Бк/кг	Үлестік тиімді рұқсат етілген белсенділіктің деңгейі, Бк/кг Допустимый уровень удельной эффективной активности (Бк/кг)	Құрылыс заттарының сыныптары Класс строительного материала	Зерттеу әдістемесінің 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) спец проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) по, 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 сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная пе
протокола

без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, хими
заттардың,

физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорыты
(Заключение

санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукци
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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 048/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Тыңайтқыштардың радиобелсенділігін зерттеу

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

исследования радиоактивности удобрений

№ _____ от «__» _____ күні 20__ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгінің атауы Наименование образца _____
3. Үлгі алу орны (Место отбора образца) _____

5. Үлгінің уақыты (Время отбора образца) _____

6. Мөлшері (Объем) _____

7. Топтама нөмірі мерзімі (Дата выработки) _____

9. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____

10. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором) _____

№ _____

11. Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

№ _____ (от) «__» _____ 20__ ж.(г.)

12. Үлгілердің (нің) нормативтік құжаттарға (НҚ) сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді _____

(Исследование образца проводились на соответствие нормативного документа (НД))

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

№ п /п	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Үлестік белсенділік U-238 (Ra 226), Бк/кг (Удельная активность U-238 (Ra 226), Бк/кг)	Үлестік белсенділік Th-238 Бк/кг (Удельная активность Th-238 Бк/кг)	Радионуклидтердің үлестік белсенділігінің қосындысының мәні Бк/кг(А) (Значение суммы удельной активности радионуклидов (А), Бк/кг)	Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытанный	Радионуклидтердің үлестік белсенділігі рұқсат етілген деңгейі қосындысының Бк/кг (А) Допустимый уровень суммы удельной активности радионуклидов (А), Бк/кг
1	2	3	4	5	6	7

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

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии), п 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 и

распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная пе
протокола

без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, хими
заттардың,

физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорыты
(Заклучение

санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукци
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
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 № 049/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 049/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

**Қоршаған орта объектілерінің және өндіріс қалдықтарының
радиобелсенділін зерттеу
ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ**
**исследования радиоактивности объектов окружающей среды и отходов
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 обора	Радионуклидтердің тиімді белсенділігі (Бк/кг) Удельная эффективная активность радионуклидов, Бк/кг	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Үлемтік тиімді рұқсат 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), спе проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии), пс 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 пе

протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, хими физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорыты (Заклучение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследу 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
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код 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 органа 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 (методисследования) _____

5. Үлгі алынған партияның көлемі (Объем партии, из которой отобран образец) _____

6. Мөлшері (Объем) _____

7. Топтамалар сана (Номер партий) _____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

9. Үгілердің саны (Количество образцов) _____

10. Өлшеу құралдары (Средства измерений) _____

атауы, түрі, зауыттық нөмірі (наименование, тип, заводской номер)

11. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер (Сведения о государственной поверке) _____

берілген күні мен куәліктің нөмірі (дата и номер свидетельства)

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

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

№	Ингредиенттер көрсеткіштерінің атауы Наименование показателей ингредиентов	Өлшем бірлігі Единица измерения	Анықталған мәні Обнаруженное значение	Зерттеу әдістемесінің 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) специ проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), по 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 пе

протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенисттің зерттелген өнімдердің, химиялық за-
физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорыть
(Заклучение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследу
химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы «__» _____

№ _____ бұйрығына

51-қосымша

Приложение 51
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен Бекітілген № 051/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 051/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Жұмыс орындарын дозиметриялық бақылау

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

дозиметрического контроля рабочих мест

№ _____ от «__» _____ күні 20 _____ ж.(г.)

1. Объект атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Өлшеулер жүргізілетін орын (Место проведения замеров) _____

_____ бөлім, цех, (отдел, цех)

3. Өлшеулер тексерілетін объект өкілінің қатысуымен жүргізілді
(Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого объекта) _____

4. Өлшеулер мақсаты Цель измерение _____

Пайдалануға енгізу, жөндеу, инвентеризациялау және т.б. (Ввод в эксплуатацию, ремонт, инвентаризация и д.р.)

5. Өлшеулер әдісі (метод измерения) _____

6. Өлшеу құралдары (Средства измерений), атауы (наименование) _____

7. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер (Сведения о государственной поверке) _____

8. Өлшеу шарттары туралы қосымша деректер (Дополнительные сведения об условиях измерения) _____

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

Өлшеулер нәтижелері (Результаты измерений)

№ п/п	Өлшеулер жүргізілген орын Место проведения измерений	Сәулелену түрлері Виды излучения	Өлшеу нүктесі (жоғарғы бетінен ара қашықтық, м;см) Точка измерения(расстояния от измеряемой поверхности, м; см)	Өлшенген дозасы (мкЗв/ч, част/(см ² *мин), Измеренная доза (мкЗв/ч, част/(см ² *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), спец проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии), пс 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 за
физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорыты
(Заклучение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследу
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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 052/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Дозиметриялық бақылау

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

дозиметрического контроля

№ _____ (от) «__» _____ 20__ ж.(г.)

1. Объект атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Өлшеулер жүргізілген орын (Место проведения замеров) _____

(бөлім, цех, квартал) (отдел, цех, квартал)

3. Өлшеулер мақсаты (Цель измерения) _____

4. Өлшеулер тексерілетін объект өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого объекта) _____

5. Өлшеулер құралдары (Средства измерений) атауы, түрі, зауыттық нөмірі (наименование заводской номер) _____

6. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке) берілген күні мен куәліктің нөмірі (свидетельства) _____

7. Өлшеу шарттары туралы қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения об условиях измерения)

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Өлшеу жүргізілген орын Место проведения измерений	Дозаның өлшенген қуаты(мкЗв/час, н/сек) Измеренная мощность дозы (мкЗв/час, н/сек)		Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Дозаның рұқсат етілетін қуаты (мкЗв/час, н/сек) Допустимая мощность дозы (мкЗв/час, н/сек)			
		Еденнен жоғары (топырақтан) На высоте от пола (грунта)			0,1 м	1,5 м	1 м	0,1 м
		1,5м	1м					
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), спецпроводившего исследование)

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии), пс 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, хими
заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары тур
қорытындысы

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

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 053/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 053/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__</p>

Атмосфералық ауаның және жауын-шашынның

радиобелсенділігін зерттеу

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

исследований радиоактивности атмосферного воздуха и осадков

№ _____ от «__» _____ күні 20__ ж.(г.)

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

3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____

4. Зерттеу әдісі (метод исследования) _____

5. Сұрып алынған ауаның көлемі/алынған тұнбаны зерттеу
(Объем прокаченного воздуха/осадков взятой на исследование) _____

6. Уақыт (Время) _____

7. Өлшеу құралдары (Средства измерений) _____
атауы (наименование,)

8. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер (Сведения о государственной поверке) _____

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

Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі Регистрационный Номер	Үлгінің атауы Наименование образца	Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	Өлшем бірлігі Единица измерения	Зерттеу әдіс- теменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Айқындалған концентрация/ Радионуклидтердің үлесігік тиімді белсенділік, Бк/кг Обнаруженная концентрация/ Удельная эффективная активность радионуклидов, Бк/кг	Рұқсат ететін құрамы Допустимое содержание
1	2	3	4	5	6	7

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование образца 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 **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 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 054/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Висцеральды және тері лейшманиозына зерттеу

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

исследований на висцеральный и кожный лейшманиоз

№ _____ от «__» _____ 20__ ж. (г.)

1. Нұсқаның атауы және саны/Наименование и число образцов _____

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

3. Сынама алынған орын, уақыты, мезгілі/Место, дата и время отбора

4. Сынамаларды зертханаға жеткізу уақыты және шарттары/Время и условия доставки проб в лабораторию

5. Зерттеу мақсаты/Цель исследования

6. Тексерілушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) обследуемого) _____

7. Жасы (Возраст) _____

8. Зерттелушінің ЖСН (ИИН обследуемого) _____

9. Мекен жайы (Домашний адрес) _____

10. Жұмыс орны (Место работы) _____

11. Диагнозы (Диагноз) _____

12. Зерттеу әдісі (метод исследования) _____

13. Үлгі алу әдісіне НҚ (НД на метод отбора)

14. Зерттеу нәтижелері (Результат исследования) _____

15. Үлгі (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /(Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Үлгі (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /(Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

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

Қолы (Подпись)

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

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

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 055/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 055/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____</p>

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

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 056/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 056/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__</p>

**Ашық түрдегі радиобелсенді заттармен жұмыс кезіндегі
дозиметриялық және радиометриялық өлшеу
ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ**

**дозиметрических и радиометрических измерений при работе с
радиоактивными веществами в открытом виде**

№ _____ от «__» _____ 20__ ж.(г.)

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

2. Өлшеулер жүргізілген орын (Место проведения измерений) _____

3. Өлшеулер мақсаты (Цель измерения) _____

4. Өлшеулер объект өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения
проведены в присутствии представителя объекта) _____

5. Өлшеу құралдары (Средства измерений) _____

атауы, түрі, зауыттың нөмірі (наименование, тип, заводской номер)

6. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер (Сведения о государственной
поверке) _____

берілген күні мен куәліктің нөмірі (дата и номер свидетельства)

7. Көздердің және өлшенетін бақылау н.ктелерінің орналасу схемасы
(Схема расположения источников и контрольных точек измерения)

8. Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний)

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

(Исследование образца 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), по,
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, хими заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары тур қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/п 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 057/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Рентген кабинетіндегі рентген сәулесін дозиметриялық өлшеу

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

дозиметрических измерений рентгеновского излучения в рентгеновском кабинете

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

1. Мекеменің атауы (Наименование учреждения) _____
2. Мекен жайы (Адрес) _____ Корпусы (корпус) _____ Қабат (этаж) _____

Бөлме (комната) _____

3. Өлшеулер объект өкілінің қатысуымен жүргізілді

(Измерения проводились в присутствии представителя объекта)

4. Бөлме атауы (Назначение кабинета) _____ телефоны (телефон) _____

5. Аппарат _____

6 Техникалық паспорт (Технический паспорт) № _____

7. Жарамдылық мерзімі (срок действия до) _____

8. Анодтық кернеу _____ кВ Общйй фильтр _____

9. Қосымша сүзгі (Дополнительный фильтр) _____ мм Al (Cu)

10. Измерения проводились с тканезквивалентным фантомом:

11. Дозиметр түрі (дозиметром типа) _____ № _____, сәйкестігі туралы сертификат (сертификат о поверке) № _____ от _____

12. Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры (НД на метод испытаний)

Бөлім сызбасы (Чертеж кабинета) Кабинетпен жапсарлас үй-жайлар (Смежные Жабдықтың орналасуы (размещение оборудования) скабинетом помещения)

											Кабинеттің үстінде (Над кабинетом)
											Кабинеттің астында (Под кабинетом)
											А қабырғасының артында (За стеной А)
											Б қабырғасының артында (За стеной Б)
											В қабырғасының артында (За стеной В)
											Г қабырғасының артында (За стеной Г)
											Д қабырғасының артында (За стеной Д)

ӨЛШЕМДЕР НӘТИЖЕЛЕРІ (РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗМЕРЕНИЙ)

(Жұмыс жүктемесі кезінде (при рабочей нагрузке) _____ мА·мин/нед.апта)

№№ точ. изм. 1	Өлшеу жүргізілген орынның атауы (Наименование места измерения)	Сәуле бағыты (Направление излучения)	I изм. мА	Доза қуаты (Мощность дозы)			ДМД, мкЗв /ч	Ес-керт-пе При-ме-ча-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)

<i>(Фон)</i>									
1	Кабинеттің үстінде (Над кабинетом)								
2	Кабинеттің астында (Под кабинетом)								
3	А қабырғасының артында За стеной А	Қабырға Стена							
4		Терезе Окно							
5		Есік Дверь							
6	Б қабырғасының артында За стеной Б	Қабырға Стена							
7		Терезе Окно							
8		Есік Дверь							
9	В қабырғасының артында За стеной В	Қабырға Стена							
10		Терезе Окно							
11		Есік Дверь							
12	Г қабырғасының артында За стеной Г	Қабырға Стена							
13		Терезе Окно							
14		Есік Дверь							
15	Д қабырғасының артында За стеной Д	Қабырға Стена							
16		Терезе Окно							
17		Есік Дверь							
<i>Рентген аппараты басқару пультіндегі рентген зертханашының жұмыс орны (Рабочее место рентгенолаборанта у пульта управления рентгеновским аппаратом)</i>									
18	Бас (Голова)								
19	Кеуде (Грудь)								
20	Жыныстық бездері (Гонады)								
21	Аяқ (Ноги)								
••									
Е-нің есептелген мәндері Е (Рассчитанные значения Е)									
<i>Рентген кабинеттің ем-шараб болмеші (Процедурная рентгеновского кабинета)</i>									
<i>Врач рентгенологтың жұмыс орыны (Рабочее место врача-рентгенолога)</i>									
22	Бас (Голова)		Тік (Вертик)						
23			Көлденең (Гориз)						

24	Keуде (Грудь)	Тік (Вертик)							
25		Көлденең (Гориз)							
26	Жыныстық бездері	Тік (Вертик)							
27	(Гонады)	Көлденең (Гориз)							
28	Аяқ (Ноги)	Тік (Вертик)							
29		Көлденең (Гориз)							
Барлығы (Всего)		Тік (Вертик)	•						
		Көлденең (Гориз)	• <i>Есептелген E</i>						
			• <i>Рассчитанные E</i>						

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

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

Қолы (Подпись)

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

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

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

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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы « » _____

№ _____ 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 058/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Металды, металдан және метал қалдықтарынан жасалған бұйымдарды

дозиметриялық бақылау

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

дозиметрического контроля металла, изделия из металла и металлолома

№ _____ от _____ 20__ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Өлшеулер жүргізілетін орын (Место проведения замеров) _____

(площадка, цех, квартал, склад)

3. Өлшеулер әдісі (Метод измерения) _____

4. Өлшеулер объект өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения проводились в присутствии представителя объекта)

5. Өлшеу құралдары (Средства измерений) _____ атауы, (наименование)

6. Көлемі (Объем) _____

7. Топтамалар нөмірі (Номер партий) _____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

9. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер (Сведения о государственной поверке) _____

берілген күні мен куәліктің нөмірі (дата и номер свидетельства)

10. Аймақтың табиғи гамма-аяның ЭМҚ (көрсеткіш)FFF (МЭД (показатель) естественного гамма-фона местности) _____

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

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

№р /п	Объект атауы /п	Альфа-бөлшектер ағыны, Бк /см ² х мин		Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Бета-бөлшектер ағыны, Бк /см ² хмин		Гамма-сәулеленудің ЭМҚ мкЗв /с	
		Поток Альфа-частиц, Бк /см ² х мин	Рұқсат етілен деңгейі		Поток Бета-частиц, Бк /см ² х мин	Рұқсат етілен деңгейі	МЭД гамма-излучения, мкЗв/ час	Рұқсат етілен деңгейі
№п /п	Наименование образца	Зерттеу нәтижелері	Рұқсат етілен деңгейі		Зерттеу нәтижелері	Рұқсат етілен деңгейі	Зерттеу нәтижелері	Рұқсат етілен деңгейі
		Результаты измерений	Допустимые уровни		Результаты измерений	Допустимые уровни	Результаты измерений	Допустимые уровни
1	2	3	4	5	6	7	8	9

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

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

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы
(орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической
экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты
исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям
Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная
перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

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 _____ ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген № 059/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 059/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

**Үй-жайлар ауасында радонның және оның ыдырау өнімдерінің құрамын
өлшеу**

**ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ**

измерений содержания радона и продуктов его распада в воздухе помещений

№ _____ от «__» _____ 20 _____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Өлшеу жүргізілген орын (Место проведения измерений) _____

3. Өлшеулер объекті өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения проведены в присутствии представителя объекта) _____

4. Өлшеулер мақсаты (Цель измерения) _____

5. Өлшеу құралдары (Средства измерений) _____

(атауы, түрі, зауыттың нөмірі (наименование, тип, заводской номер))

6. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер (Сведения о государственной поверке) _____

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

7. Үлгілерді (нің) зерттеулер НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді _____

(Исследование 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 әдістемесінің НҚ-ры (НД на метод испытаний)	Бк/м ³ рұқсат етілген шекті концентрациясы (Допустимая концентрация Бк/м ³) Ағынның рұқсат етілген 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), спец проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии), п 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 пе
протокола

без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, хими
заттардың,

физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорыты
(Заклучение

санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукци
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	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 060/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	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 (нін) 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 тур
қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам
/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационны
факторов): _____



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні	20.08.2021
Сақтау күні	10.09.2021
Дата редакции	20.08.2021
Дата скачивания	10.09.2021

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 Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 061/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа 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 әдістеменің 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), спец
проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии), п
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 и
распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная пе
протокола

без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, хими
физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорыты
(Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследу
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
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 № 062/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 062/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Аймақтың радиобелсенділігін зерттеу

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

исследования радиоактивности зоны

№ _____ от «__» _____ күні 20 _____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
3. Үлгі алу орны (Место отбора образца) _____

4. Үлгілердің алыну уақыты (Время отбора образца) _____

5. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____

6. Көлемі (Объем) _____

7. Топтамалар нөмірі (Номер партий) _____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

9. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором)

№ _____

10. Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

№ _____ (от «__» _____ 20__ ж.(г.)

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

Өлшеу нәтижелері

(Результаты измерений)

№ п /п	Үлгінің атауы Наименование образца	Радионуклидтердің меншікті белсенділігінің мәні (A ^{Ky2}) Бк/кг Значения удельной активности радионуклидов (A ^{зола}) Бк/кг	Радионуклидтердің меншікті белсенділігінің рұқсат етілген деңгейі (A ^{Ky2}) Бк/кг Допустимый уровень удельной активности радионуклидов (A ^{зола}) 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 проводились на соответствие НД) _____

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

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии), п 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 _____ экземпляра:

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

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная пе
протокола

без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, хими
физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорыты
(Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследу
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
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 063/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 063/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Материалдың, шикізаттардың, бұйымның радиобелсенділігін зерттеу

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

исследования радиоактивности материалов, сырья, изделий

№ _____ от «__» _____ күні 20 _____ ж.(г.)

1. Объект атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
4. Зерттеу әдісі (методисследования) _____
5. Өлшеу құралдары (Средства измерений) _____
(атауы, (наименование))

6. Көлемі (Объем) _____
7. Топтамалар нөмірі (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер (Сведения о государственной поверке) _____
10. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование образца проводилось на соответствие НД) _____
- Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

№ п /п	Үлгінің атауы Наименование образца	Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	Өлшем бірлігі Единица измерения	Нақты үлестік тиімді белсенділік Фактическая удельная эффективная активность	Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Рұқсат ететін құрамы Допустимое содержание
1	2	3	4	5	6	7

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

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), по, 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 и распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная пе протокола

без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, хими физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорыты (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследу 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 064/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Тамақ өнімдерінің радиобелсенділігін зерттеу

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

исследования радиоактивности пищевых продуктов

№ _____ от «__» _____ күні 20 _____ ж.(г.)

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

4. Зерттеу әдісі (методисследования) _____
5. Өлшеу құралдары (Средства измерений) _____
(атауы, (наименование)
6. Көлемі (Объем) _____
7. Топтамалар нөмірі (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер (Сведения о государственной поверке) _____
10. Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование образца проводились на соответствие НД) _____
Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

№ п /п	Үлгі атауы Наименование образца	Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	Өлшем бірлігі Единица измерения	Радионуклиттердің үлестік тиімді белсенділігі Удельная эффективная активность радионуклидов	Зерттеу әдістемесінің 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), спец проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), по, 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 _____ экземпляра:

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

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная пе; протокола

без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, хими физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорыты (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследу

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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Отын-энергетикалық минералды шикізаттың радиобелсенділігін зерттеу

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

исследования радиоактивности топливного-энергетического минерального сырья

№ _____ от « _____ » _____ күні 20 _____ ж.(г.)

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

3. Үлгіні алу орны(Место отбора образца) _____

4. Сынақ жүргізілген күн (Дата 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 МММА (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 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, хими
заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары тур
қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/п
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 _____ ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген № 066/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 066/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Адамдарды 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-137 Бк/кг Удельная эффективная активность Cs-137 Бк/кг	Үлестік тиімді белсенділік Mn-54 Бк/кг Удельная эффективная активность Mn - 54 Бк /кг	Үлестік тиімді белсенділік Sr-51 Бк/кг Удельная эффективная активность Sr-51 Бк/кг	Үлестік тиімді белсенділік Co-60 Бк/кг Удельная эффективная активность Co-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), по, 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, хими
заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары тур
қорытындысы (Заклучение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/п
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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 067/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Алынатын ластануды жағындылар әдісімен зерттеу

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

исследования снимаемого загрязнения методом мазков

№ _____ от «__» _____ 20__ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгінің атауы Наименование образца _____
3. Үлгілердің алынғын күні (Дата отбора образца) _____

4. Объекті пайдаланатын 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), под 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 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, хими заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары тур қорытындысы (Заклучение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/п 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
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 № 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 деректер (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 жүрі (Измерения проводились на расстоянии 1 м от стоящего пациента с разных сторон разных уровней):

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)		
Keуде (Грудь)			Keуде (Грудь)		
Асқазан (Желудок)			Асқазан (Желудок)		
Жыныс мүшелері (Половые органы)			Жыныс мүшелері (Половые органы)		
Артынан			Сол жақтан		
Қалқанша без (Щитовидная железа)			Қалқанша без (Щитовидная железа)		
Keуде (Грудь)			Keуде (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), по,
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, хими
заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары тур
қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/п
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

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 069/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 069/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__</p>

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 провод на соответствие НД) _____

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

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), по, 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, хими заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары тур қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/п исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні	20.08.2021
Сақтау күні	10.09.2021
Дата редакции	20.08.2021
Дата скачивания	10.09.2021

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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 070/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Елді мекендердің атмосфералық ауасының сынамасын іріктеу және зерттеу

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

отбора и исследования проб атмосферного воздуха населенных мест

№ _____ от «__» _____ 20__ ж. (г.)

1. Ауа үлгісін алған орын (Место отбора образца воздуха) _____
2. Үлгінің түрі (бір жолғы, тәуліктік орташа) (Вид образца (разовая, среднесуточная) _____

1	2	3	4	5	6		8	9	10	11	12	13	14
					Күр-ғақ Су-хого	Ылғалды Влажного							
дің, жұтқыштардың	алу нүктелерінің	бора образцов	нің НҚ-ры НД	сым, мм. сын. бағ. Атмосферное давление мм. рт. ст.	Температура-воздуха		ылғалдылығы	Бағыты	Жылдамдығы м /сек.	ның жағдайы	Начало	Конец	дамдығы, л /минутпен
Фильтров, поглотителей	Точек отбора по эскизу		на метод испытаний				Относительная влажность	Направление	Скорость	Состояние погоды			Скорость аспирации, в л /мин

Жұтқыштар мен сүзгіштердің нөмірі атмосфералық ауаны зерттеу нәтижелерін тіркеу журналынан көшіріп жазылады (Номера поглотителей и фильтров переписываются из журнала регистрации результатов исследования атмосферного воздуха).

Анықталатын заттың,ингредиенттің атауы Наименование определяемого вещества, ингредиента	Өлшем бірліктері, қанықтығын зерттеу нәтижесі				Сәйкестігімен зерттеу өткізілген нормативтік құжаттама Нормативная документация в соответствии с которой проводились исследования
	Ең жоғары бір жолғы		Тәуліктік орташа		
	Максимально-разовая		Среднесуточная		
	Анықталған	РЕ-ШШ	Анықталған	РЕ-ШШ	
	Обнаруженная мг /м³	ПДК	Обнаруженная мг /м³	ПДК	
14	15	16	17	18	19

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

Қолы (Подпись)

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны 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 и распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная пер протокола

без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 071/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 2021 года № ____

Жабық үй-жайлардың және жұмыс аймағының ауасынан сынаманы іріктеу және зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ

отбора и исследования проб воздуха закрытых помещений и рабочей зоны №

от « ____ » _____ 20 ____ ж.(г.)

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

Фильтров, поглотителей	Точек отбора по эскизу			Атмосферное давление мм.рт.ст.	Құрғақ Сухого	Ылғалды Влажного	Салыстырмалы ылғалдылығы Относительная влажность	Ауаның жылдамдығы Скорость движения воздуха
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Ара қашықтық м, см		Алу уақыты (сағ.,мин)		
Расстояние в м, см		Время отбора (час,мин)		
Еденнен От пола	Ластану көзінен От источника загрязнения	Басталуы Начало	Аяқталуы Конец	Аспирация жылдамдығы,л/минутпен Скорость аспирации, вл/мин
9	10	11	12	13

Сорғыштар мен сүзгілердің нөмірлері осы үлгінің (№ __) артқы бетіне сай жүргізілетін жабық үй-жайлардың ауасын зерттеу нәтижелерін тіркейтін журналдан көшіріліп жазылады. Номера поглотителей и фильтров переписываются из журнала регистрации результатов исследования воздуха закрытых помещений, который ведется в соответствии с разворотом данной формы.

Анықталатын заттың, ингредиентті атауы Наименование определяемого вещества, ингредиента	Зерттеу нәтижелері, мг/м3 Результаты исследования в мг/м3		Зерттеу әдістемесі Методика исследования
	Ең жоғары – бір реттік Максимально-разовая		
	Анықталған қанықтық Обнаруженная концентрация	РЕШШ, ЗҚДА және басқалар ПДК, ОБУВ и другие	
14	15	16	17

Үлгі (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді / (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

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

Қолы (Подпись)

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны 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 ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная
перепечатка

протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, хими
заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары тур
қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/п
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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 072/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Жарықты өлшеу

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

измерений освещенности

№ _____ от «__» 20__ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес) _____
цех, учаске, сынып, бөлме, мекен-жайы (цех, участок, класс, комната)
2. Өлшеулер мақсаты (Цель измерения) _____

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 сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты и распространяются только на образцы, подвергнутые испытанием

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная пер протокола

без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, хими физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорыты (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследу 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 073/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Метеорологиялық факторларды өлшеу

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

измерений метеорологических факторов

№ _____ от «__» _____ 20__ ж.(г.)

- Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
- Өлшеу жүргізу орны (Место проведения измерений) _____ (цех, учаске,

бөлімше, ғимарат және басқалары(цех, участок, отделение, здание и другое)

2. Өлшеулер мақсаты (Цель измерения)

3. Өлшеулер тексерілетін объект өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения проводились

в присутствии представителя обследуемого объекта) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты

(должность, фамилия, имя, отчество)

4. Өлшеулер құралы (Средство измерений) _____ атауы
маркасы, мүкаммал нөмірі (наименование, марка, инвентарный номер)

1. Сәйкестігі туралы деректер (Сведения о поверке)

_____ күні және куәліктің, анықтаманың нөмірі (дата и номер свидетельства, справки)

5. Өлшеу жүргізгенде және қорытынды бергенде негізге алынған НҚ (НД, в соответствии

с которой проводились измерения и давалось заключение _____ атап көрсетіңіз (указать)

6. Үй-жайдың сипаттамасы (Характеристика помещения):а) ауданы (площадь) общий ___ м²;

көлемі кубатура) _____ м³ в) жұмыс істейтін адамдардың саны

(Количество работающих человек) _____

г) ылғалды бөлу (влаговыведение):айтарлықтай (значительное), елеусіз (незначительное)

_____ д) шамадан тыс жылу (избытки явного тепла): жоқ (отсутствуют), елеусіз (незначительное), айтарлықтай (значительные)

7. Жабдықтарының орналасуы мен өлшеу нүктелері көрсетілген үй-жай кескіні (Эскиз помещения с указанием размещения оборудования и нанесением точек замеров)

8. Атмосфералық ауаның метеорологиялық факторларын өлшеудің нәтижелері (Результаты

измерений метеорологических факторов атмосферного воздуха):

а) құрғақ ауа температурасы (температура сухого воздуха) С^о, ылғал ауаның (влажного)С^о

б) салыстырмалы ылғалдылық (относительная влажность) %:

в) қысымы мм. сын. бағ. (давление мм. рт. ст.):

Өлшеулер нәтижелері (Результаты замеров)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Кескін бойынша нүктелердің № № точек по эскизу	Өлшеу орны Место измерений	Ауырлық бойынша жұмыс саны Категория работ по тяжести	Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Тәуліктің өлшеу жүргізілген уақыты Время суток проведения измерений	Ауа температурасы °С Температура воздуха °С		Ауаның салыстырмалы ылғалдылығы % Относительная влажность воздуха в %	
						өлшенген измеренная	Нормалар бойынша оңтайлы /рұқсат етілген оптимальная /допустимая по нормам	өлшенген измеренная	Нормалар бойынша оңтайлы/рұқсат етілген оптимальная /допустимая по нормам
1	2	3	4	5	6	7	8	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 ара қашықтық, сантиметрмен Расстояние от источника в см	Актинометр көрсеткіші Вт /м ² Показание актинометра Вт/м ²	Нормалар бойынша рұқсат етілген кВт/м ² Допустимое по нормам кВт/м ²				
11	12	13	14	15	16	17			

Хаттама __ данада толтырылды (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 ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка

протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, хими заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары тур қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/ исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных

факторов):

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 074/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

**Орталықтандырылған және орталықтандырылмаған сумен жабдықтаудың
ауыз су үлгілерін зерттеу
ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ**

**исследования образцов питьевой воды централизованного и
нецентрализованного водоснабжения**

№__ от «__» _____ күні 20 _____ ж. (г.)

1. 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 әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____

Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	Анықталған концентрация Обнаруженная концентрация	Нормативтік көрсеткіштер Нормативные показатели	Қолданыстағы нормативтік құқықтық акті- лердің (бұдан әрі –НҚА) атауы Наименование действующих норматив- ных правовых актов (далее - НПА)
Иісі (запах) 20°C кезіндегі баллдары(балы при 20°C)			
Иісі (запах) 60°C кезіндегі баллдары (балы при 60°C)			
Дәмі (привкус)20°C кезіндегі баллдары (балы при 20°C)			
Түстілігі (цветность) градустар (градусы)			
Лайлылығы(мутность) стандарттық шкала бойынша мг/дм ³ (по стандартной шкале)			
pH			
Қалдық хлор (остаточный хлор) мг/дмм			
Еркін хлор (Свободный хлор) мг/дм ³			
Байланыстағы хлор (Связанный хлор) мг/дм ³			
Қалдық озон (Остаточный озон) мг/дм ³			
Тотығуы (Окисляемость) мгО ₂ /дм ³			
Аммиак азоты (Азот аммиака) мг/дм ³			
Нитриттер азоты (Азот нитритов) мг/дм ³			
Нитраттар азоты (Азот нитратов) мг/дм ³			
Жалпы кермектік (Общая жесткость) моль/дм ³			
Кұрғақ 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 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

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 әдістемесінің 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
Іісі За-пах	Қарқындылығы, баллмен Интенсивность в баллах			
	Сипаты (суреттеледі) Характер (описать)			
	Жоғалу шегі (еселегенде) Порог исчезновения (в разведении)			
	Түстілігі, градуспен Цветность в градусах			
Түсі (суреттеу) Цвет (описать)				
Түсінің жоғалу шегі (еселегенде) Порог исчезновения цвета (в разведении)				
Лай, тұнба (суреттеу) Муть, осадок (описать)				
Мөлдірлігі прозрачность				
Жүзіп жүрген қоспалар, қабыршақ Плавающие примеси, пленка мг/дм ³				
Өлшенген заттар, мг/дм ³ Взвешанные вещества				
рН				
Ерітілген оттегі мгО ₂ /дм ³ Растворенный кислород				
БПК-5, мгО ₂ /дм ³				

БПК-20, мгО2/ дм ³				
Тотығуы мгО2/ дм ³				
Окисляемость				
ХПК, мгО2/ дм ³				
Сілтілігі мг-экв/дм ³				
Щелочность				
Қышқылдығы мг-экв/дм ³				
Кислотность				
Жалпы кермектігі моль/дм ³				
Жесткость общая				
Кұрғақ 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				
Азот	Аммиактың мг/дм ³			
	Аммиака			
	Нитриттердің мг/дм ³			
	Нитритов			
	Нитраттардың мг/дм ³			
	Нитратов			
Фтор мг/дм ³				
Мұнай өнімдері мг/дм ³				
Нефтепродукты				
Фенолдар мг/дм ³ Фенолы				
Цианидтер мг/дм ³ Цианиды				
Мыс мг/дм ³ Медь				
Қорғасын мг/дм ³ Свинец				
Мырыш мг/дм ³ Цинк				
Үш валентті хром мг/дм ³				
Хром трехвалентный				
Алты валентті хром мг/дм ³				
Хром шестивалентный				
Сынап, мг/дм ³ Ртуть				
Кадмий мг/дм ³				
Марганец мг/дм ³				
СБАЗ мг/дм ³ 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 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 тур қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам /пробам

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



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні	20.08.2021
Сақтау күні	10.09.2021
Дата редакции	20.08.2021
Дата скачивания	10.09.2021

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы « » _____

№ _____ бұйрығына

76-қосымша

Приложение 76

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 № 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,**

**β- адреностимуляторлар, микробты транслугтаминаза, құрғақ сүттің
массалық үлесі)**

**ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ**

**исследования образцов пищевых продуктов (остаточное количество
антибиотиков, гормоны,**

β- 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)

Тағам өнімдеріндегі анықталынатын көрсеткіш атауы (антибиотиктердің, гормондардың және т. б. атауы бойынша тізбесі) Наименование определяемого показателя в продуктах питания (перечень антибиотиков, гормонов и т.д. по названию)	Группа показателей (антибиотики, гормоны, β- адрено-стимуляторы и т.д)	Анықтауға қолданылған әдіс Метод использованный для определения	Анықталған шоғырлану Обнаруженная концентрация	Нормативтік көрсеткіштер Нормативные показатели	Зерттеу әдістеріне қолданылған НҚ НД на методы исследования
1	2	3	4	5	6

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

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) _____

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

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 077/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 077/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__</p>

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 әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____

7. Үлгі (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствии 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 электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні	20.08.2021
Сақтау күні	10.09.2021
Дата редакции	20.08.2021
Дата скачивания	10.09.2021

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	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 078/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 078/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Шайындыларды паразитологиялық зерттеу

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

паразитологического исследования смывов

№ _____ от «__» _____ күні 20__ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгілер алу мақсаты (Цель исследования образца) _____

4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Топтама сана (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
10. Іріктеу әдісіне НҚ (НД на метод отбора) _____
11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Өлшеулер нәтижелері (Результаты измерений)

Үлгілер нөмірі Номер проб	Үлгі алынған орын және нүктелер Место и точки отбора	Нәтиже Результат	Зерттеу әдістемесінің 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), по,
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, хими
заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары тур

қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/п
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 Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 079/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 079/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Анус айналасының қатпарынан қырындыны зерттеу

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

исследования соскоба с перианальных складок

№ _____ от « _____ » _____ күні 20__ ж.(г.)

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

2. Сынама алынған орын (Место взятия пробы) _____
3. Іріктеу уақыты (Время отбора) _____ жеткізілу уақыты (доставки) _____
4. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____
5. Іріктеу әдісіне НҚ (НД на метод отбора), _____
6. Көлемі (Объем) _____
7. Топтамалар нөмірі (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О (при наличии)	Туған жылы Год рождения	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Ескертуге Примечание
1	2	3	4	5	6

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /
(Исследование проб проводились на соответствие НД) _____
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), спец
проводившего исследование) _____
Қолы (Подпись) _____
Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), по,
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, хими
заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары тур

қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/п
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

A4 Форматы

Формат A4

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 080/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 080/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__</p>

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 әдістемесінің 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 **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): _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы « » _____

№ _____ бұйрығына

81-қосымша

Приложение 81

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 № 081/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 081/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « » _____ 2021 года № _____

Қанды безгекке зерттеу

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

исследования крови на малярию

№ _____ от « _____ » _____ 20 _____ ж. (г.)

1. Қан препараттарын паразитологиялық зерттеу (паразитологическое исследование препаратов крови): оның ішінде (в том числе) «жұқа жағындылар» («тонких

мазков») _____

«қалың тамшылар» («толстых капель») _____

2. Тексерілушінің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) обследуемого)

3. Жасы (Возраст) _____ Тұрғылықты мекен-жайы (Адрес места жительства)

4. Безгек ауруының қоздырғыштары анықталды (Обнаружены возбудители малярии) _____

паразиттің қысқартылған туыстастық және толық түр атауын көрсетіңіз
(мысалы: P.vivax)

(указать сокращенное родовое и полное видовое название паразита (н-р:
P.vivax))

5. Паразитемияның қарқындылығы (Интенсивность паразитемии) _____

6. Мөлшері (Объем) _____

7. Топтама сана (Номер партий) _____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

9. Зерттеу әдістеменің НҚ-ы (НД на метод испытаний) _____

10. Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проб проводились на

соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
специалиста

проводившего исследование)

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы
(орынбасары) _____

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической
экспертизы (заместитель)

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты
исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям
Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная
перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

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

82-қосымша

Приложение 82

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от «__» _____ 2021 года

№ _____

Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 082/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 082/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Паразиттік ауруларға серологиялық зерттеулер

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

серологических исследований на паразитарные заболевания

№ _____ от «__» _____ 20__ ж. (г.)

1. Тексерілушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии),
 обследуемого) _____

2. Диагнозы (Диагноз)

_____ -ға қанның, нәжістің, тағы басқалардың үлгілерін зерттегенде
(При исследовании образцов крови, фекалий и других на) _____
және (и) _____

3. Ауру күні (день болезни в) _____ анықталды
(обнаружено)

4. Реакцияның түрі (вид реакции) _____

5. Антиденелер (антитела) _____

6. Мөлшері (Объем) _____

7. Топтама сана (Номер партий) _____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

9. Антигендер (антигены) _____

10. Зерттеу нәтижелері (Результат исследования) _____

11. Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры (НД на метод испытаний)

12. Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проб проводил
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 **ТҮЙІМ САЛЫНҒАН**/ Частичная
перепечатка

протокола без разрешения **ЗАПРЕЩЕНА**

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, хими
заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары тур
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

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 083/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 083/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__</p>

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 проводил
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 сынауға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты
исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытанием
Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға **ТҮЙІМ САЛЫНҒАН**/ Частичная
перепечатка

протокола без разрешения **ЗАПРЕЩЕНА**

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, хими
заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары тур
қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/п
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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 084/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Топырақ үлгілерін зерттеу

ХАТТАМАСЫ

ПРОТОКОЛ

исследования образцов почвы

№ _____ (от) «__» _____ күні 20__ ж. (г.)

1. 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 НК (НД на метод отбора) _____
8. Тасымалдау жағдайлары (Условия транспортировки) _____
9. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____

Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	Өлшеу бірлігі Единица измерения	НК НК бойынша- норма Норма по НД	Зерттеу әдістеменің НК-ры НД на метод испытаний	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу әдісіне НК НД на метод испытания
1	2	3	4	5	6

Үлгінің НК-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 **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 Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы « » _____

№ _____ 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 органа 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) _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тағамдардың атауы Наименование блюд	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Үлестің салмағы граммен		Салмағы граммен (г) Вес в граммах (г)						
			Вес порции в граммах		Рецепт бойынша Порцептуре	Іс жүзінде Фактически	Іс жүзіндегі тығыз бөлігі Плотной части фактически	Гарнирдің гарнира		Еттің, балықтың мяса, рыбы	
			Рецепт бойынша	Іс жүзінде				Рецепт бойынша	Іс жүзінде	Рецепт бойынша	Іс жүзінде
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

Химиялық құрамы, өлшем бірлігі - г

Химический состав в единицах измерения - г

Құрғақ заттар

Белоктар-көмірсулар

Сухие вещества

белки-углеводы

Рецепт бойынша Ең төменгі рұқсат етілетін

Іс жүзінде

Рецепт бойынша Төменгі рауалы

Іс жүзінде

По рецептуре Минимально допустимые

Фактически

По рецептуре Минимально допустимые.

Фактически

11

12

13

14

15

16

Химиялық құрамы, өлшем бірлігі г

Химический состав в единицах измерения г

Белоктар

Майлар

Көмірсулар

Белки

Жиры

Углеводы

Рецепт Төменгі рұқсат етілетін

Іс жүзінде

Рецепт бойынша

Төменгі рауалы

Іс жүзінде

Рецепт бойынша

Төменгі рауалы

Іс жүзінде

По рецептуре Минимально допустимые

Фактически

Порецептуре

Минимально допустимые

Фактически

По рецептуре

Минимально допустимые

Фактически

17

18

19

20

21

22

23

24

25

Құнарлылығы Калорийность			Ауытқуы Отклонение				"С" вит. болуы (мг %) Содержание вит. "С" (мг%)
Теория жүзінде Теоретическая	Төменгі рұқсат етілетін Минимально допустимые	Іс жүзінде Фактически	Белоктар Белки	Майлар Жиры	Көмірсулар Углеводы	Құнарлылығы Калорийность	33
26	27	28	29	30	31	32	

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

86-қосымша

Приложение 86

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от « » _____ 2021 года

№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 086/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 086/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____</p>

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 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

87-қосымша

Приложение 87

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от « » _____ 2021 года

№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 087/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 087/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

**Радонның және оның ауада ыдырауынан пайда болған өнімдердің бар
болуын өлшеу
ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ**

измерений содержания радона и продуктов его распада в воздухе

№ _____ от «__» _____ 20__ ж.(г.)

1. 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 (Регистрационный номер)	Өлшеу жүргізілген орын (Место проведения измерений)	Радонның өлшенген, теңсалмақты, баламалы, көлемді белсенділігі Бк/м ³ (Измеренная, равновесная, эквивалентная, объемная активность радона Бк/м ³) Топырақ бетінен алынған радон ағымының өлшенген тығыздығы (мБк/ш.м.·сек) (Измеренная плотность потока радона с поверхности грунта (мБк/м ² ·сек)	(Бк/м ³ Рұқсат етілетін концентрациясы) (Допустимая концентрация Бк/м ³) Ағынның шекті тығыздығы (мБк/м ² ·сек) (Допустимая плотность потока (мБк/м ² ·сек)	Желдету жағдайы туралы белгілер (Отметки 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 (Исследовал, должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (фамилия, отчество (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитария-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасшы)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (за

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

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

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 088/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 088/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____</p>

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 проверке)

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

7. Үлгіні зерттеулер НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді _____

(Исследование образца проводились на соответствие НД)

**Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)**

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Өлшеу жүргізілген орын (Место проведения измерений)	Дозаның өлшенген қуаты (мкЗв/час, н/сек) (Измеренная мощность дозы (мкЗв/час, н/сек)) Еденнен жоғары (топырақтан) (На высоте от пола (грунта))		Альфа-бөлшектер тығыздығының ағыны, Бк/см ² (б/см ² x мин) (Плотность потока альфа-частиц, Бк/см ² (част/см ² x мин))		Бета-бөлшектер тығыздығының ағыны, Бк/см ² (б/см ² x мин) (Плотность потока бета-частиц, Бк/см ² (част/см ² 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 **ТҮЙЫМ 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 089/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

**Шаң сынамаларын зерттеу
 ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ
 исследования образцов пыли**

№ _____

от «__» _____ 20__ ж. (г.)

1. Үлгі атауы (Наименование образца): _____

2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____

4. Үлгіні жіберген мекемелердің атауы (Наименование учреждений, направивший образец) _____

5. Саны (Количество): _____

3. Зерттеу мақсаты (Цель исследования): _____

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

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

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

7. Үлгіні зерттеу НҚ-ғасәйкестігіне жүргізілді

8. (Исследование образца 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 әдісітеріне НҚ НД на метод испытаний
1	2	4	5	

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)
Зерттеу жүргізген (Исследование проводил)

_____ (лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы (должность, фамилия, имя,

отчество (при наличии), подпись)

Зертхана меңгерушісінің қолы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (фамилия, имя,

отчество (при наличии), подпись заведующего лабораторией

_____ Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (директор

орынбасары) _____

(аты, тегі, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель директора) _____

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

Сынау нәтижелері тек қана 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**)

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 Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 090/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 090/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

Әкімшіліктің құқық бұзушылығы туралы

**ХАТТАМА
ПРОТОКОЛ**

об административном правонарушении

№ _____

20 _____ жыл (года) «__» __ часов минут уақыт (время)

толтырылу орны (место составления)

Мен (мною)

толтырушының лауазымы мен аты-жөні (должность, фамилия и инициалы лица, со
Санитариялық - эпидемиологиялық тексеру кезінде

При санитарно-эпидемиологическом обследовании:

құқық бұзушылық болған орын мен уақыт, (место и время совершения нарушений)
жөні

(наименование юридического лица) немесе лауазымды тұлғаның немесе жеке кәсіп
жөні, мекен-жайы

(или должность, фамилия и инициалы должностного лица или индивидуального пр
(на основании) _____

санитариялық-эпидемиологиялық тексеру актісінің, (акта санитарно-эпидемиологи
зертханалық тексерулер актілері, тұлғалардың өтініштері /лабораторных исследова
негізінде

анықталды (установлено): _____

Әкімшілік құқық бұзушылықтың мәні (существо административного правонарушения)

санитариялық-эпидемиологиялық қағидалар немесе гигиеналық нормативтердің не
нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуы болып есептеледі (что являе
требований санитарно-эпидемиологических правил и норм либо гигиенических но
иных нормативных правовых актов)

құқық бұзушылықтың тармақтарын көрсетіңіз (указать пункты нарушения)

«Әкімшілік құқық бұзушылық туралы» Қазақстан Республикасының Кодексінің (бү
құқық бұзушылығы үшін ҚР ӘҚБК-нің әкімшілік жауапкершілікті көздейтін ерекш
части Кодекса Республики Казахстан «Об административных правонарушениях» (д
предусматривающая административную ответственность за данное правонарушени

Өндіріс тілі (Язык производства)

Әкімшілік құқық бұзушылық жасаған тұлғаларға байланысты мәлімет: жеке, лауазы
кәсіпкер

(Сведения о лицах, в отношении которых возбуждено административное дело: физическое
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
и реквизиты документа, удостоверяющего личность правонарушителя) _____

Азаматтығы (гражданство) _____

Жұмыс орны, лауазымы, ұйымның мекенжайы, факс, ұялы байланыс және (немесе)
мекенжай (егер бар болса) (место работы, занимаемая должность, адрес организации
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
выдачи)

Заңды тұлға (юридическое лицо)

басшының толық аты-жөні, мекенжайы, ұйымдастырушылық-құқықтық түрі, заңды
мемлекеттік тіркеу нөмірі мен күні, банк деректемелері, заңды өкілдің телефон нөмірі
байланыс және (немесе) электрондық мекенжай (егер бар болса) (полное наименование
лица, отчество руководителя, местонахождение, организационно-правовая форма, номер
государственной регистрации в качестве юридического лица, банковские реквизиты
представителя, факс, сотовая связь и (или) электронный адрес (если они имеются))
Әкімшілік іс қозғалған салық төлеушінің тіркеу нөмірі (регистрационный номер на
лица,

в отношении которого возбуждено административное дело)

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласында бұрын әкім
жауапкершілікке

тартылуы (привлекался ли ранее к административной ответственности в области санитарно-
эпидемиологического

благополучия населения _____

Іс қозғалған тұлғаның түсіндірме беруі (объяснение лица, в отношении которого вс

Аудармашының, қорғаушының көмегін қажет ету немесе бас тарту белгісі (отметка
помощи переводчика, защитника или об отказе от такой помощи) _____

ҚРӘҚБК 744,810,811 баптарында көзделген істі қозғау бойынша тұлғаның, сондай-
қатысушылардың

құқықтары мен міндеттерін түсіндіру туралы белгі (отметка о разъяснении прав и о
в отношении которого возбуждено дело, а также другим участникам производства
предусмотренных статьями 744,810,811 КоАП РК _____

Түсіндірме беруден, қол қоюдан бас тарту белгісі (отметка об отказе от подписи ли
объяснения)

Жәбірленуші мен куә болған жағдайда олардың аты-жөндері, мекенжайлары мен қ
потерпевших и свидетелей, а также в случаях участия понятых, их фамилии, имена

Хаттамаға қосымша құжаттар (к протоколу прилагаются документы):

Істі қарауға қажет басқа да мәліметтер (иные сведения, необходимые для разрешен

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
составившего протокол) _____

Істі қарауға қажет басқа да мәліметтер (иные сведения, необходимые для разрешен

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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 091/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

**Құқықтарды талқылау
ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ
разъяснения прав**

20___ ж.(г.) _____ «__» _____ қаласы (ауылы)
Мен (Я), _____

ҚР ӨҚБК 744 және 810-811 баптарымен таныстырдым
ознакомил(а) со ст.744 и 810-811 КоАП РК азамат(ша) (гражданин(ка))

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 түбіртектегі 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) _____

колы (подпись)

Іс материалдарымен таныстым (с материалами дела ознакомлен(на)) _____

колы (подпись)

Құқықтарды талқылау хаттамасын жарияладым (Протокол разъяснения прав объявил)

тегі, лауазымы, қолы (фамилия, должность, роспись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы «__» _____

№ _____ бұйрығына

92-қосымша

Приложение 92

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от «__» _____ 2021 года

№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ 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 № 092/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 092/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____</p>

Жеке тұлғаларды жұмыстан уақытша шеттету туралы

ҚАУЛЫ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

о временном отстранении от работы физических лиц

№ _____

20__ жылғы (года) «__» _____

(город) _____ қаласы

Мемлекеттік Бас санитариялық дәрігер (орынбасары)

(Главный государственный санитарный врач (заместитель))

(керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

(Т.А.Ә. (болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (Ф.И.О. (болған жағдайда)

ұсынылған мына материалдарды қарап (атап көрсетіңіз)

(рассмотрев представленные

материалы (перечислить) _____

мыналарды анықтадым (установил) _____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы
(указать характер нарушений требований законодательства Республики
Казахстан

Қазақстан Республикасының заңнама талаптарын бұзу сипатын көрсетіңіз
в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан
Республикасы

Кодексінің 38-бабының 2-тармағының 3) тармақшасының негізінде (На
основании подпункта

на подпункт 3 пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье
народа и системе

здравоохранения»)

ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (ПОСТАНОВИЛ):

(временно отстранить от работы с) 20 ____ жылғы (года) " ____ " _____

бастап, (до) 20 ____ жылғы (года) « ____ » _____ ға дейін

лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) шаруашылық субъектінің толық атауы
(должность, Ф.И.О. (при наличии) полное наименование хозяйствующего объекта)

_____ уақытша жұмыстан босатылсын.
Осы қаулының орындалу жауапкершілігі (ответственность за выполнение
настоящего постановления возлагается на) _____

лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда), (должность, Ф.И.О. (при наличии))

_____ жүктелсін.
Мөр орны (Басқарма басшысы/Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық
қызмет ұйым
басшысының орынбасары/ Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет
ұйымының басшысы
Место печати (Руководитель управления/ Заместитель Руководителя
государственной
организации санитарно-эпидемиологической службы/ 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 «___» _____
№___ бұйрығына
93-қосымша
Приложение 93
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «___» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ №___ бұйрығымен бекітілген №093/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 093/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

Инфекциялық және паразиттік аурулармен тығыз байланыста болған адамдарды жұмыстан (оқудан) уақытша шеттету туралы ҚАУЛЫ ПОСТАНОВЛЕНИЕ

о временном отстранении от работы (учебы) лиц состоявших в близком контакте с инфекционным и паразитарным больным

№ _____

20___ жылғы (года) «___» _____ (город) _____ қаласы

Мемлекеттік Бас санитариялық дәрігер (орынбасары)
(Главный государственный санитарный врач (заместитель))

(керегінің астын сызыңыз) тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (Т.А.Ә.
(болған жағдайда))

(нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при наличии), (Ф.И.О(при
наличии))

ұсынылған мына материалдарды қарап (атап көрсетіңіз)

(рассмотрев представленные

материалы (перечислить) _____

мыналарды анықтадым (установил) _____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылығы саласындағы

(указать характер нарушений требований законодательства Республики

Казахстан

Қазақстан Республикасының заңнама талаптарын бұзу сипатын көрсетіңіз
(в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан

Республикасы Кодексінің

38-бабының 2-тармағының 3) тармақшасының негізінде (На основании подпункта
на подпункт 3

пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе
здравоохранения»)

ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (ПОСТАНОВИЛ):

(временно отстранить от работы с) 20 ____ жылғы (года) « ____ » _____

бастап,

(до) 20 ____ жылғы (года) « ____ » _____ ға дейін

лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда), шаруашылық субъектінің толық атауы
(должность, Ф.И.О. (при наличии), полное наименование хозяйствующего
объекта)

_____ уақытша жұмыстан босатылсын.
Осы қаулының орындалу жауапкершілігі (ответственность за выполнение
настоящего постановления возлагается на) _____

лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда), (должность, Ф.И.О. (при наличии))

_____ жүктелсін.
Мөр орны Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет ұйымының
басшысы
Место печати (Руководитель государственной организации
санитарно-эпидемиологической службы) (орынбасары (заместитель))

Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)
Қаулыны алдым (Постановление получил) _____

(атқаратын лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда), алған күні, қолы)
(занимаемая должность, Ф.И.О. (при наличии), дата получения, подпись)

Қаулы (Постановление составлено в) ___ данада толтырылды (экземплярах).

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы « » _____

№ _____ бұйрығына

94-қосымша

Приложение 94

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от « » _____ 2021 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 № 094/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 094/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Жеке кәсіпкер немесе заңды тұлға қызметін немесе жекелеген

қызмет түрлерін тоқтата тұру туралы

ҚАУЛЫ

ПОСТАНОВЕНИЕ

о приостановлении деятельности или отдельных видов деятельности

индивидуального предпринимателя или юридического лица

№ _____

20 ____ жылғы (года) « ____ » _____ (город) _____ қаласы

Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері (орынбасары)

Главный государственный санитарный врач (заместитель) _____

(керегінің астын сызыңыз) тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

(нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

ұсынылған материалдарды қарап, (рассмотрев представленные материалы)

қызметі тоқтатылатын тұлға туралы мәліметтер: (сведения о лице, чья
деятельность приостанавливается: жеке немесе лауазымды тұлға немесе
жеке кәсіпкер

(индивидуального предпринимателя или юридического лица)

(керегінің астын сызыңыз) жеке кәсіпкердің тегі, аты, әкесінің аты (болған
жағдайда)

(нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального
предпринимателя)

мемлекеттік тіркеу куәлігінің № және берілген күні

№ и дата выдачи свидетельства государственной регистрации)

туған жылы, айы, күні (дата рождения) _____

мекен-жайы (место жительства) _____

жеке басын куәландыратын құжаттың атауы және деректемелері

(наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность)

салық төлеушінің тіркелу нөмірі

индивидуальный номер налогоплательщика

тұрғылықты жері бойынша тіркелуі туралы мәлімет
сведения о регистрации по месту жительства)

Жұмыс орны, қызметтік лауазымы, ұйымның мекен-жайы (Место работы,
занимаемая должность, адрес организации) _____

Занды тұлға (Юридическое лицо) _____

басшысының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), атауы, ұйымдастыру-
құқықтық түрі
(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя, наименование,
организационно-правовая форма)

орналасқан жері, заңды тұлға ретінде мемлекеттік тіркеу нөмірі
государственной регистрации в качестве юридического лица

және салық төлеушінің тіркелу нөмірі және банктік деректемелері
регистрационный номер налогоплательщика и банковские реквизиты)
істі қарау бойынша іс жүргізу тілі (язык производства по
рассматриваемому делу) _____
(установил:) _____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы,
(указать нарушения требований пунктов, статей нормативных

денсаулық сақтау саласындағы нормативтік құқықтық актілердің баптары,
правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического

тармақтары талаптарының бұзылуын көрсетіңіз благополучия населения)
_____ анықтады.

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан
Республикасы

Кодексінің 38-бабының 2-тармағының 3) тармақшасының негізінде (На
основании подпункта

на подпункт 3 пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье
народа и

системе здравоохранения»)

ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (ПОСТАНОВЛЯЮ:)

Сот шешімі қабылданғанға дейін (Приостановить до решения суда с)

20__ жылғы (года) «__»

бастап _____

тоқтатылатын қызмет түрін көрсетіңіз (указать вид приостанавливаемой
деятельности)

_____ ТОҚТАТЫЛСЫН.

Осы қаулыны орындау жауапкершілігі (Ответственность за выполнение
настоящего
постановления возлагается на)

жүктеледі.

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

Осы қаулыға арыз, қарсылық білдіру шағымы қаулының көшірмесін берген күннен бастап он күн ішінде, ҚР ӘҚБК 744-748-баптарында көрсетілген адамдар істі қарауға қатыспаған жағдайда, оны алған күннен бастап 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 арыз іс бойынша қаулыны шығарған сот төресіне, органға (лауазымды адамға) жіберіледі, олар арыз, қарсылық білдіру шағымы келіп түскен күннен бастап оларды үш күндік мерзімде барлық іс материалдарымен бірге тиісті сотқа, жоғарғы органға (жоғары лауазымды адамға) жіберуге міндетті. (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).

Арыз, қарсылық білдіру шағымы тікелей оларды қарауға уәкілетті сотқа, жоғарғы органға (жоғарғы лауазымды тұлғаға) берілуі мүмкін (Жалоба может быть подана, а протест внесен непосредственно в суд, вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу), уполномоченный их рассматривать).

Мөр орны (Басқарма басшысы/Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет ұйым басшысының орынбасары/ Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет ұйымының басшысы

Место печати (Руководитель управления/ Заместитель Руководителя государственной организации санитарно-эпидемиологической службы/
Руководитель государственной организации санитарно-эпидемиологической

службы) (орынбасары (заместитель)) _____

(керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты
(болған жағдайда), қолы

(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)

Қаулы (Постановление составлено в) ____ данада толтырылды (экземплярах).

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы «__» _____

№ _____ бұйрығына

95-қосымша

Приложение 95

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от «__» _____ 2021 года

№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 095/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 095/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

**Санитариялық-эпидемияға қарсы және санитариялық-профилактикалық
іс-шараларды жүргізу туралы****ҚАУЛЫ****ПОСТАНОВЛЕНИЕ****о проведении санитарно-противоэпидемических и
санитарно-профилактических мероприятий**

№ _____

20 _____ жылғы (года) «__» _____ (город) _____ қаласы

Мен, Бас мемлекеттік санитариялық дәрігер (орынбасары)

Я, Главный государственный санитарный врач (заместитель) _____

мына құжаттарды қарап, (рассмотрев документы) _____

анықтадым (установил) _____

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан
Республикасы

Кодексінің 38-бабының 2-тармағының 3) тармақшасы негізінде (На основании
подпункта

на подпункт 3 пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье
народа и

системе здравоохранения») ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (ПОСТАНОВЛЯЮ):

_____ мына іс-шаралар
орындалсын: (выполнить следующие мероприятия)

Осы қаулыны орындау туралы ақпарат (Информацию о выполнении
настоящего постановления представить в) _____

_____ (к) 20 ____ жылғы (года) « ____ »

_____ ұсынылсын.

Мөр орны (Басқарма басшысы/ Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет
ұйым басшысының орынбасары/ Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет
ұйымының басшысы) _____

тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы

Место печати (Руководитель управления/ Заместитель Руководителя государственной
организации санитарно-эпидемиологической службы/ Руководитель государственной
организации санитарно-эпидемиологической службы) (орынбасары
(заместитель)) _____

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

Қаулыны алдым (Постановление получил) _____

атқаратын лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), алған күні, қолы
(занимаемая должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), дата получения,
подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы « » _____

№ _____ бұйрығына

96-қосымша

Приложение 96

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от « » _____ 2021 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 № 096/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 096/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Халықтың пайдалануы мен қолдануына, сондай-ақ кәсіпкерлік және (немесе) өзге де қызметте пайдалану мен қолдануға арналған, адамның денсаулығына зиянды әсер ететін өнімді әкелуге, өндіруге, қолдануға және өткізуге тыйым салу туралы

ҚАУЛЫ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

о запрещении ввоза, производства, применения и реализации продукции, оказывающей вредное воздействие на здоровье человека, предназначенной

**дәл іспользования и применения населением, а также в
предпринимательской и (или) иной деятельности**

№ _____

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) тармақшасының негізінде
(На основании подпункта на подпункт 3 пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики
Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения») ҚАУЛЫ ЕТЕМІН
(ПОСТАНОВЛЯЮ):

_____ мынадай іс-
шаралар

орындалсын: (выполнить следующие мероприятия)

Осы қаулыны орындау туралы ақпарат (Информацию о выполнении
настоящего постановления представить в) _____

_____ (к) 20 ____ жылғы (года) «__» _____ ұсынылсын.

М.О. Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері (орынбасары)

М.П. Главный государственный санитарный врач (заместитель)

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

Қаулыны алдым (Постановление получил) _____

атқаратын лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), алған күні, қолы
(занимаемая должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), дата получения,
подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы « » _____

№ _____ бұйрығына

97-қосымша

Приложение 97

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от « » _____ 2021 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 № 097/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 097/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № __

Адамдардың өмірі мен денсаулығына және өмір сүру ортасына қауіпті деп танылған жағдайда, шикізаттың, өнімнің, химиялық заттардың, технологиялық жабдықтың, тетіктердің, процестердің, құрал-саймандардың жаңа түрлерін өндіруге, қолдануға және өткізуге тыйым салу туралы

ҚАУЛЫ**ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

о запрещении производства, применения и реализации новых видов сырья,

**продукции, химических веществ, технологического оборудования,
механизмов, процессов, инструментария в случае признания их опасными
для жизни и здоровья людей и среды обитания**

№ _____

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) тармақшасының 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.

М.О. Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері (орынбасары)

М.П. Главный государственный санитарный врач (заместитель)

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

Қаулыны алдым (Постановление получил) _____

атқаратын лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), алған күні,
қолы _____

(занимаемая должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), дата получения,
подпись) _____

Қазақстан 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 098/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

Әкімшілік жаза қолдану туралы

ҚАУЛЫ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

о наложении административного взыскания

№

20 _____ ж. (г.) «___» _____

(қала/ ауыл (город/село) _____)

Мемлекеттік органның атауы

Наименование государственного органа _____

Должностное лицо (руководитель территориального подразделения, заместитель)

Лауазымды адам (аумақтық бөлімшенің басшысы, орынбасары) _____

(керегінің астын сызыңыз) тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (нужное подчерк
(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
о лице, в отношении которого рассмотрено дело: физическое либо должностное ли
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
государственной регистрации индивидуального предпринимателя): _____

Туған күні (дата рождения)

Мекен-жайы (место жительства)

Жеке басын куәландыратын құжаттың атауы және деректемелері (наименование и
документа,

удостоверяющего личность) _____

Жеке сәйкестендіру нөмірі (индивидуальный идентификационный номер)

Мекен-жайы бойынша тіркеу туралы мәлімет (сведения о регистрации по месту жи

Жұмыс орны, атқаратын қызметі, ұйымның атауы (место работы, занимаемая долж
организации)

Занды тұлға (Юридическое лицо) _____

Басшының тегі, аты, әкесінің аты, атауы (фамилия, имя, отчество руководителя, на

Ұйымдастыру-құқықтық үлгісі, орналасқан орны, (организационно-правовая форма; местонахождение),

заңды тұлға ретіндегі мемлекеттік тіркеу нөмірі және күні (государственной регистрации юридического лица, номер и дата), бизнес-сәйкестендіру нөмірі және банктік дерегі (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 расс

ӘҚБ туралы ҚРК бабы, әкімшілік құқық бұзушылық үшін көзделетін жауапкершілік
әкімшілік

құқық бұзушылық, айыпталушының жеке басы, оның ішінде айыпталғанға дейінгі :
құлқы,

мүліктік жағдайы, жауапкершілікті жеңілдететін және ауырлататын жағдай (статья
предусматривающая ответственность за административное правонарушение обстоя
установленные

при рассмотрении дела, характер совершенного административного правонарушени
виновного,

в том числе его поведение до и после совершения правонарушения, имущественное
обстоятельства смягчающие и отягчающие ответственность)

ҚР ӘҚБтК-нің баптарына сәйкес әкімшілік жауаптылықты жеңілдететін не ауырлат
обстоятельства смягчающие либо отягчающие административную ответственность
Жоғарыда көрсетілген негізде және ҚР ӘҚБ Кодексінің 701, 818, 822, 823, 66-бапта
«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республика
бабын

басшылыққа ала отырып (На основании вышеизложенного и руководствуясь статья
701, 818, 822, 823, 66 КРК об АП РК статьей 38 Кодекса Республики Казахстан «О :
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 « » _____

№ _____ бұйрығына

99-қосымша

Приложение 99

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от « » _____ 2021 года

№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ 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 № 099/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма №099/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 2021 года № ____</p>

Халықтың пайдалануы мен қолдануына, сондай-ақ кәсіпкерлік және (немесе) өзге де қызметте пайдалану мен қолдануға арналған, адамның денсаулығына зиянды әсер ететін өнімді әкелуге, өндіруге, қолдануға және өткізуге тыйым салу туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысын тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ

**регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о
запрещении
ввоза, производства, применения и реализации продукции, оказывающей
вредное
воздействие на здоровье человека, предназначенной для использования и
применения населением, а также в предпринимательской и (или) иной
деятельности**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж.(г)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Қаулы шығарылған күн (Дата вынесения постановления)	Қаулы шығаруға негіз болған құжаттардың атауы және НҚА-ң нормалары (Наименование документов и нормы НПА, на основании которых вынесено постановление)	Аумақтың толық атауы (Полное наименование территории)	Мекенжайы, орналасуы (Адрес, место нахождения)	Қаулыны орындау мерзімі (Сроки исполнения постановления)
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы « » _____

№ _____ бұйрығына

100-қосымша

Приложение 100

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от « » _____ 2021 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 №100/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 100/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Адамдардың өмірі мен денсаулығына және мекендеу ортасына қауіпті деп танылған жағдайда, шикізаттың, өнімнің, химиялық заттардың, технологиялық жабдықтың, тетіктердің, процестердің, құрал-саймандардың жаңа түрлерін өндіруге, қолдануға және өткізуге тыйым салу туралы

Бас мемлекеттік санитариялық

дәрігердің қаулысын тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о

**запрещении производства, применения и реализации новых видов сырья,
продукции, химических веществ, технологического оборудования,
механизмов, процессов, инструментария в случае признания их опасными
для жизни и здоровья людей и среды обитания**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж.(г)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Қаулы шығарылған күн (Дата вынесения постановления)	Қаулы шығаруға негіз болған құжаттардың атауы және НҚА-ы нормалары (Наименование документов и нормы НПА, на основании которых вынесено постановление)	Аумақтың толық атауы (Полное наименование территории)	Мекенжайы, орналасуы (Адрес, место нахождения)	Қаулыны орындау мерзімі (Сроки исполнения постановления)
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 101/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Санитариялық-эпидемияға қарсы және санитариялық-профилактикалық шараларды жүргізу туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысын тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ

регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о проведении санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж.(Г)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (Г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Қаулы шығарылған күн Дата вынесения постановления	Қаулы шығаруға негіз болған құжаттардың атауы және НҚА-ң нормалары Наименование документов и нормы НПА, на основании которых вынесено постановление	Аумақтың толық атауы Полное наименование территории	Мекен жайы, орналасуы Адрес, местонахождение	Қаулыны орындау мерзімі Сроки исполнения постановления	Есепке алу- есеп құжаттарын сақтау мерзімі Сроки хранения учетно-отчетной документации
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы «__» _____

№ _____ бұйрығына

102-қосымша

Приложение 102

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от «__» _____ 2021 года

№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ 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 № 102/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 102/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____</p>

Жеке тұлғаларды жұмыстан уақытша шеттету туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о временном отстранении от работы физических лиц

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж.(г)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г.)

Тір- кеу нө- мірі Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер	Қау- лы шыға- рыл- ған күн Дата в ыне- сения поста- новле- ния	Қаулы шығаруға негіз болған құжат- тардың атауы Наименование до- кументов, на осно- вании которых вы- несено постановле- ние	Объектінің атауы, бас- шының (жеке Кәсіпкер- дің немесе заңды тұлға- ның) Т.А.Ә. (болған жағ- дайда) Наименование объекта, Ф.И.О. (при наличии) руководителя (индивиду- ального предпринимате- ля или юридического ли- ца)	Объек- тінің мекен- жайы, орнала- суы Адрес, место- нахож- дение объекта	Уақыт- ша шет- тетіл- ген адам- дар са- ны Число вре- менно отстра- нен- ных лиц	Жұ- мыстан шетте- тілген күн Дата отстра- нения от ра- боты	Жұмыстан шеттетілген адамды жұ- мысқа қайта жіберілу күні Дата допус- ка к работе лица, отстра- ненного от работы	Орындау- шының тегі, аты, әкесінің аты Фамилия имя отче- ство, долж- ность ис- полнителя
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы « » _____

№ _____ бұйрығына

103-қосымша

Приложение 103

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от « » _____ 2021 года

№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ 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 № 103/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 103/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « » _____ 2021 года № _____</p>

Жеке кәсіпкердің немесе заңды тұлғаның қызметін немесе жекелеген қызмет түрлерін тоқтата тұру туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу туралы

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации постановлений Главного государственного санитарного врача о приостановлении деятельности или отдельных видов деятельности индивидуального предпринимателя или юридического лица

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж.(г)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г.)

Тір- кеу нө- мірі	Қау- лы шы- ға- ры- л- ған күн	Қаулы шығаруға негіз болған құ- жаттардың атауы және НҚА-н нор- малары	Объектінің атауы, басшының (жеке кәсіпкердің неме- се заңды тұлға- ның) Т.А.Ә (болған жағдайда)	Қыз- мет түрі	Субъектінің қызметін тоқтата тұру туралы қа- улының шы- ғарылған кү- ні	Сотқа ма- териалды беру және қызметін тоқтата тұ- ру күні	Мате- риал бойынша сот шешімі- нің кү- ні мен нөмірі	Матери- ал бой- ынша соттың шешімі- нің но- мері мен күні	Орын- даушы- ның те- гі, аты, әкесі- нің аты
Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер	Да- та вы- не- се- ния по- ста- нов- ле- ния	Наименование документов и нормы НПА, на основании кото- рых вынесено по- становление	Наименование объекта, Ф.И.О. (при наличии) руководителя (ин- дивидуального предпринимателя или юридическо- го лица)	Вид дея- тель- но- сти	Дата вынесе- ния поста- новления о приостанов- лении дея- тельности субъекта	Дата пере- дачи мате- риалов в суд и при- остановле- ния дея- тельности	Дата и номер реше- ния су- да по матери- алу	Дата и номер реше- ния су- да по ма- териалу	Фами- лия, имя от- че- ство, Долж- ность испол- нителя
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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

	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 № 104/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 104/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Жеке тұлғалардың өтініштерін қарауды тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации рассмотрения обращений физических лиц

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж.(г) Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г.)

Парақтар саны (Количество листов):

Маман (Специалист):

Тір-кеу нөмірі	Өтініштің келіп түскен күні, №	Өтінішті жіберген субъектінің, лауазымды тұлғаның атауы	Бірегей нөмір	Өтініш берушінің аты-жөні (атауы), мекенжайы	Өтініштің түсу тәсілі (ЭҮП, колма-кол, тапсырыс жолымен)	Өтініштің қысқаша мазмұны	Өтініш аумақтық органдарға және құрылымдық бөлімшелерге, басқа органдарға жіберілген	Өтінішті орындаушының аты-жөні	Шығыс нөмірі, өтініш берушіге жауапты жіберу күні	Орындалу мерзімі 20 күн	Ескерту
Регистрационный номер	№	Наименование субъекта, должностного лица, откуда поступило обращение	Уникальный номер	Ф.И.О. (при наличии), (наименование), адрес заявителя	способ поступления обращения (ПЭП, нарочно, заказным путем)	Краткое содержание обращения	Обращение направлено в территориальные и структурные подразделения и в др. органы	Ф.И.О. (при наличии), исполнителя обращения	Исходящий номер, дата отправления ответа заявителю	Сроки исполнения 20 дней	Примечание
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 Код 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 № 105/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 105/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Занды тұлғалардың өтініштерін тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации обращений юридических лиц

Басталуы (Начато) «__» _____ 20 ж.(г) Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г.)

Парақтар саны (Количество листов): _____

Маман (Специалист): _____

Өтініштің ке-	Өтінішті жіберген субъект	Бірегей нөмір	Өтініш берушінің аты-жөні	Өтініштің кы-	Өтініштің түсу тәсілі (ЭҮП, колма-	Өтініш аумақтық органдарға және құрылымдық бөлім-	Өтінішті орындау-	Шығыс нөмірі,	Орындалу	Ескерту
---------------	---------------------------	---------------	---------------------------	---------------	------------------------------------	---	-------------------	---------------	----------	---------

Тір-кеу нөмірі	ліп түскен күні, №	ектінің, лауазымды тұлғаның атауы	Уни-каль-ный но-мер	(атауы), мекен-жайы	сқа-ша маз-мұны	кол, тап-сырыс жо-лымен)	шелерге, басқа органдарға жі-берілген	шы-ның аты-жөні	өті-ніш беру-шіге жау-апты жібе-ру кү-ні	мерзі-мі 20 күн	При-ме-ча-ние
Ре-ги-стра-ци-он-ный но-мер	№	Наименование субъекта, должностного лица, откуда поступило обращение		Ф.И.О. (при наличии), (наименование), адрес заявителя	Краткое содержание обращения	способ поступления обращения (ПЭП, нарочно, заказным путем)	Обращение направлено в территориальные и структурные подразделения и в др. органы	Ф.И.О (при наличии), исполнителя обращения	Исходящий номер, дата отправления ответа заявителю	Срок исполнения 20 дней	
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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 106/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

**Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша іс жүргізуді қарауды
тоқтату туралы қаулыларды тіркеу**

**ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ**

**регистрации постановлений о прекращении рассмотрения производства по
делу об административном правонарушении**

№ п/п	Әкімшілік істің нөмірі (хаттама№), ма-	Жа-сал-ған	Аты-жөні хатта-	Жеке тұлға, заңды тұлға, жеке кәсіпкер туралы мәліметтер	Жеке тұлға, заңды тұлға, жеке кәсіпкер туралы мәліметтер	Жұ-мыс түрі,	Жа-сал-ған	Іс жүргі-зуді	Қа-ра-уды	Бас-қа бел-
-------	--	------------	-----------------	--	--	--------------	------------	---------------	-----------	-------------

	териал (кіріс.№, күні) Номер административного дела (№ протокола), материала (вх.№, дата)	күні Дата заведения	маны толтырған, Хаттама жазаған адамның лауазымы Ф.И.О. (при наличии), лица составившего протокол, Должность лица составившего протокол	(ЖСН, БСН, Т.А.Ә. (болған жағдайда) мекенжайы) Сведения о физическом лице, юридическом лице, индивидуальном предпринимателе (ИНН, БИН, Ф.И.О(при наличии), адрес)	(ЖСН, БСН, Т.А.Ә. (болған жағдайда), мекенжайы) Сведения о физическом лице, юридическом лице, индивидуальном предпринимателе (ИНН, БИН, Ф.И.О (при наличии), адрес)	лауазымы, жұмыс орны, телефоны Род занятий, должность, место работы, телефон	орны, мекенжайы. Место совершения, адрес. Род занятий, должность, место работы, телефон	болдырмайтын мәнжайлар Обстоятельства, иключаящие производство	тоқтату күні Дата прекращения рассмотрения	гілер 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 _____ ҚҰЖЖ 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 №107/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 107/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Шағымдар мен ұсыныстарды тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации жалоб и предложений

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

п/п	Күні/Дата	Шағым/Жалоба	Ұсыныс/Предложение	Аты-жөні, қолы/ Ф.И.О (при наличии), подпись
1	2	3	4	5

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы «__» _____

№ _____ 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 108/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Кәсіптік уланулар мен кәсіптік ауруларды тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации профессиональных заболеваний и отравлений

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж.(г)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Шұғыл хабарлама алынған күн	ИИН пострадавших	Зардап шегушінің тегі, аты, әкесінің аты, жасы	Улану орын алған объектінің атауы	Цех, бөлімше, учаске	Кәсібі	Жұмыс өтілі
---------------	-----------------------------	------------------	--	-----------------------------------	----------------------	--------	-------------

Регистрационный номер	Дата получения экстренного извещения	Зардап шеккендердің ЖСН	Фамилия, имя, отчество, возраст пострадавшего	Наименование объекта, где произошло отравление	Цех, отделение, участок	Профессия	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, вызвавшими профессиональное заболевание	Уланған, ауырған күні Дата отравления, заболеваний	Улану себебі Причина отравления	Ауруханаға жатқызылу күні мен орны Дата и место госпитализации	Тексеру жүргізген адамның қолы, тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество, лица, проводившего обследование	Диагнозы диагноз	Диагнозы 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

Республики Казахстан

от «__» _____ 2021 года

№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код 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 №109/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 109/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Тағамнан улануды тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации пищевых отравлений

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж.(г)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Хабарлама /шұғыл ха-	Елді мекен-	Тағамнан улану болған орын (асха-	Зардап шеккендердің	ИИН по-	За-рдап	Ауру-ханаға	Қай-тыс	Ула-ну ту-	
---------------	----------------------	-------------	-----------------------------------	---------------------	---------	---------	-------------	---------	------------	--

Регистрационный номер	барлама келіп түскен күн Дата поступления сообщения/экстренного сообщения	нің атауы Наименование населенного пункта	на, мейрамхана, кафе, аурухана, үйде) Место, где произошло пищевое отравление (столовая, ресторан, кафе, больница, на дому)	тегі, аты, әкесінің аты, туған жылы Фамилия, имя отчество пострадавших, год рождения	страдавших Зардап шеккендердің ЖСН	шеккендер саны* Число пострадавших*	жатқызылғандар саны* Число госпитализированных *	бөлгендер саны* Число умерших	дырған тағам Продукт вызвавший отравление	Ескерту Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

оның ішіндегі 14 жасқа дейінгі балаларды жақшаның ішінде көрсетіңіз/в

том числе детей до 14 лет указывать в скобке

№ 105/е нысанның артқы беті

Разворот формы № 105/у

Зертханалық зерттеулер Лабораторные исследования						Тағамнан улануды тудырған санитариялық және технологиялық кемшіліктер Санитарные и технологические нарушения, повлекшие возникновение пищевых отравлений	Тағамнан улану оқиғасы туралы хабарлама берілген күн Дата извещения о случае пищевого отравления	Тағамнан улануды тексерудің қорытынды материалдары жіберілген күн Дата направления окончательных материалов расследования пищевого отравления	Қабылданған, оның ішінде әкімшілік, тәртіптік ықпал ету және тағы басқа шаралар Принятые меры, в том числе меры административного, дисциплинарного воздействия и так далее
Науқастардың бөлінділерін Выделенных	Қанды Кровь	Шайындыларды Сывов	Мәйіттің материалдарын Трупных материалов	Азықтүлікті Пищевых продуктов	Шаятын суды Промывных вод				
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

				Туляре- мияға/ Туляри- мия	Псевдотубер- кулез	Пастерел- лезге/ Пастерел- лез	Листерии- озға/ Листерии- оз	Иерси- ниозға/ Иерси- ниоз	скую язву
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Продолжение таблицы

ИФА							Зерттеу аяқталған күні Зерттеу нәтижелері Результаты исследований, зертханашы-дәрігердің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда).	Дата окончания исследования, Ф.И.О (при наличии), подпись врача- лаборанта
Қыз-ба-ли хо-рад-ка	Лепто-спироз-ға/ Лепто-спироз	Кенезэнцефалиті/ Клкцевой энцефалит	КқГК/ ККГЛ	ГБСК/ ГЛПС	Боррелиоз-дар/ Боррелиозы	Егеуқұй-рық сүзегі /Крысинный тиф		
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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 111/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Спектрометриялық зерттеулерді тіркеу

(тамақ өнімдері, топырақ, ағаш шикізаты, көмір, минералды шикізат)

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации спектрометрических исследований

(пищевые продукты, почва, древесное сырье, уголь, минеральное сырье)

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі			Үлгінің атауы							
---------------	--	--	---------------	--	--	--	--	--	--	--

Регистрационный номер	Журнал бойынша нөмірі Номер по журналу	Өлшеу жүргізілген Күн Дата проведения измерения	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/дм ³ Активность радионуклидов, Бк/кг/л/дм ³						
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

Регистрационный номер		Марка, номер автоклава	Обеззараживаемые изделия		Упаковка	Время обеззараживания в мин.							специалиста, проводившего обеззараживание
			Атауы	Саны		Басталуы	Аяқталуы						
			Наименование	Количество		Начало	Конец	Давление	Температура	Биологиялық	Термический	Химический	
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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 113/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Өлшеу құралдары мен сынақ жабдығына техникалық қызмет көрсетуді

тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации технического обслуживания средств измерений и

испытательного оборудования

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі							
---------------	--	--	--	--	--	--	--

Регистрацион- ный номер	Кү- ні Да- та	Өлшеу құралдарының атауы, түрі, зауыт нөмірі Наименование средств измерений, тип, Заводской номер	ӨЖ және СЖ жағ- дайы Состояние СИ и ИО	Орындалған жу- мыс түрлері Виды выполнен- ных работ	Инженер- дің Т.А.Ә Ф.И.О инженера	Қо- лы Под- пись	Ескер- тулер При- меча- ние
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 _____ ҚҰЖЖ 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 114/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Медициналық иммундық-биологиялық препараттарды есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета медицинских иммунобиологических препаратов

Басталды (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Препараттың атауы Наименование препарата	Түскен мерзімі Дата поступления	Қайдан келді Откуда поступило	Шығарушы елі Страна производитель	Алынған саны Полученное количество
1	2	3	4	5	6

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Ампуладағы (шишалардағы) дозалар саны Количество доз в ампуле (флаконе)	Жарамдылық мерзімі Срок годности	Серия нөмірі Номер серии	Қаржыландыру көзі Источник финансирования	Кімге берілді Кому выдано	Берілген күні, жүк құжатының № Дата выдачи, № накладной
7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Сенімхат №, күні № доверенности, дата	Берілген саны Выданное количество	Тенгерім Баланс		
		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

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ 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 № 115/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 115/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__</p>

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	Сынама қабылданған күн	Үлгі алынған орын	Мекенжай	Көрсеткіштер атауы	Анықталған концентрация	ШРК нормасы	НҚ зерттеу
----------------	------------------------	-------------------	----------	--------------------	-------------------------	-------------	------------

Регистрацион- ный номер	Дата поступле- ния	Место отбора образца	Ад- рес	Наименование по- казателей	Выявленная кон- центрация	Норма ПДК	НД иссле- дования
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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 116/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

**Дозаторларды калибрлеуді тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации калибровки дозаторов**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тір- кеу нөмірі	Кү- ні	Ата- уы На-	Барлығы бір арналы және көп арналы дозаторлар/Все одноканальные и многоканальные дозаторы	Т.А.Ә.(болған жағдайда), тексерушінің қолы/Ф.И.О.(при наличии), Подпись проводящего
-----------------------	-----------	-------------------	---	---

Регистрационный номер	Дата	именование	5 мкл(+/- 0,25мкл) (+5,0%)	10 мкл (+/- 0,25 мкл) (+2,5%)	20 мкл (+/- 0,4мкл) (+2,0%)	25 мкл (+ 0,5 мкл) (+ 2,0%)	50 мкл (+/- 1,0мкл) (2,0%)	100 мкл (+/- 1,5мкл) (+/- 1,5%)	200м-ккл (+2,0м-ккл) (+/- 1,0%)	250м-ккл (+2,5м-ккл) (+/- 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 117/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

_____ (заттың, өнімнің атауы) (тамақ өнімдері, топырақ, ағаш шикізаты, көмір, минералды шикізат, ойыншықтар, жиһаз өнімдерінің, материалдар пайдаланылатын жүргізудегі және құрылыс кезінде автомобиль жолдарын жөндеу) радиобелсенділікті зерттеулерді тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации исследования радиоактивности _____

(наименование продукции, вещества) (пищевой продукции, почвы,

древесного сырья, угля, минерального сырья, игрушек, мебельной продукции, материалов используемых при строительстве и проведении ремонта автомобильных дорог)

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тір-кеу нөмірі	Өлшеу жүргізілген Күн	Үлгінің атауы, жеткілуші, өндіруші	Үлгінің салмағы (көлемі)	Үлгіні өлшеу уақыты (мин /сек)	Радионуклидтердің белсенділігі, Бк/кг/л/дм ³							Өлшеу жүргізген, Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы Ф.И.О (при наличии), и подпись проводившего исследование
					Активность радионуклидов, Бк/кг/л/дм ³							
					Ра-дий-226 (Ra-226)	То-рий-232 (Th-232)	Ка-лий-40 (K-40)	Це-зий-137 (Cs-137)	Строн-ций-90 (Sr-90)	Басқа гамма сәулеленуші	Меншікті тиімді белсенділігі	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

№	Үлестік тиімді белсенділік Cs-137 (Бк/кг)	Үлестік тиімді рұқсат етілген белсенділіктің деңгейі Cs-137 (Бк/кг)	Үлестік тиімді белсенділік Sr-90 (Бк/кг)	Үлестік тиімді рұқсат етілген белсенділіктің деңгейі Sr-90 (Бк/кг)	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод исследования/испытаний)
1	Удельная эффективная активность Cs-137 (Бк/кг)	Допустимый уровень удельной эффективной активности Cs-137 (Бк/кг)	Удельная эффективная активность Sr-90 (Бк/кг)	Допустимый уровень удельной эффективной активности Sr-90 (Бк/кг)	
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы « » _____

№ _____ бұйрығына

118-қосымша

Приложение 118

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от « » _____ 2021 года

№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 118/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 118/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Халық тұтынатын тауарларды

(парфюмерлік-косметикалық өнімдерді, ойыншықтарды, жеке бас гигиенасы құралдарын, балалар мен жасөспірімдерге арналған өнімдерді)

_____ зерттеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

_____ регистрации исследования товаров

народного потребления (парфюмерно-косметической продукции, игрушек, средств личной гигиены, продукции предназначенной для детей и подростков)

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тір- кеу нөмі- рі Реги- стра- цион- ный номер	Сы- на- ма алу күні Дата от- бора об- раз- ца	Сына- ма- ның түс- кен күні Дата по- ступ- ления	Хатта- маның құрыл- ған кү- ні Дата со- ставле- ния прото- кола	Сынама алынған орын, мекен- жайы және ұй- ымның атауы Место отбора, адрес и наимено- вание организа- ции	Сына- ма- ның ата- уы На- име- нова- ние образ- ца	Көр- сет- кіш- тер По- ка- за- те- ли	Анық- талған концен- трация Обна- ружен- ная концен- трация	Өнім- нің НҚ бойын- ша нор- масы Норма по НД на про- дукт	Анық- тау әдісінің НҚ НД на метод опреде- ления	Зерттеу жүргіз- ген адамның ко- лы, Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О(при нали- чии), подпись ли- ца 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 119/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Тағам өнімдеріндегі микробты трансглутаминазаны анықтау бойынша

зерттеулерді тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации исследования по определению микробной трансглутаминазы в продуктах питания

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні, уақыты Дата, время			Үлгі іріктелген орын, объект Объект, место отбора образца	Өнімнің атауы Наименование продукта	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, қолы
		Іріктелген Отбора	Зертханаға қабылданған Поступления в лабораторию	Зерттеудің басталуы Начало исследования				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы « » _____

№ _____ 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 120/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

**Тағам өнімдеріндегі құрғақ сүттің массалық үлесін анықтау бойынша
зерттеулерді тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации исследования по определению массовой концентрации сухого
молока в продуктах питания**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

		Күні, уақыты				
--	--	--------------	--	--	--	--

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Дата, время			Үлгі іріктелген орын, объект Объект, место отбора образца	Өнімнің атауы Наименование продукта	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, қолы
		Алынған Отбора	Зертханаға қабылданған Поступления в лабораторию	Зерттеудің басталуы Начало исследования				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы « » _____

№ _____ 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 Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 121/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Таразыларды калибрлеуді тіркеу

журналы

Журнал

регистрации калибровки весов

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацион- ный номер	Кү- ні Да- та	Тара- зы тү- рі Вид весов	Тазарту Очист- ка	Гиря калибрі, салмағы, гр. Вес калибр, гирей,г	Таразы көрсеткіш- тері Показания весов с калибр, гирей,г	Таразы көрсеткіш- терінің ауытқуы Отклонения показа- ния весов,г	Т.А.Ә (при нали- чии), Қолы Ф.И.О (при нали-	Ес- керту При- меча- ния
---	------------------------	---------------------------------------	-------------------------	---	---	---	---	--------------------------------------



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 20.08.2021
Сақтау күні 10.09.2021
Дата редакции 20.08.2021
Дата скачивания 10.09.2021

							чи), подпись	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Регистрационный номер	Дата и время отбора пробы	в лабораторию	рию для исследования.	ды в лаборатории	Результат исследования воды	дившего исследования	
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/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Қоршаған орта параметрлерін бақылауды тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации контроля параметров окружающей среды

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Кү- ні Да- та	Бөлме № № ком- наты	Ауа Т көрсеткіш- тері показатели Т воз- духа	Ауа Т көрсеткіштерінің айыр- масы Разность показаний температуры воздуха	Салыстырмалы ылғал- дық относительная влаж- ность %	Қо- лы Под- пись



			Құр- ғақ сухо- го	Ылғал- ды влажно- го			
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

(автоклавтарды) және дезинфекциялау камераларын бақылау

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

контроля паровых и воздушных стерилизаторов, сухожаровых шкафов

(автоклавы) и дезинфекционных камер

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

№				Дни выдерживания в термостате 37 С
---	--	--	--	------------------------------------

Дата Күні	Улгі іріктелген орын, объект, место отбора пробы	Камера және автоклав аты Наименование камер и автоклавов	Тесттер Тесты	37С термостатта ұстау күндері								
				Қоректік орта Питательная среда	Қоректік орта Питательная среда	Қоректік орта Питательная среда	Қоректік орта Питательная среда	Қоректік орта Питательная среда	Қоректік орта Питательная среда	Қоректік орта Питательная среда	Қоректік орта Питательная среда	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Микроскопия	Сәйкестендіруге арналған тесттер/Тесты для идентификации					Нәтиже/Результат	Қолы/Подпись
	Каталаза	лецитиназа	плазмакоагуляция	маннит	глицерин		
14	15	16	17	18	19	20	21

Пайдалынатын қысқартулар

өж – өсу жоқ

+к – кокки

спор.таяқшасы – споралық таяқшалар

үлб..өсу – үлбірлі өсу

теріс –теріс

«+» - оң

«-» - теріс

т.р.ұсталды – температуралық режим ұсталды

т.р. ұсталған жоқ – температуралық режим ұсталған жоқ

Используемые сокращения

рн - роста нет

+к – кокки

спор.пал – споровые палочки

плен.рост – пленчатый рост

отр. – отрицательно

«+» - положительный

«-» - отрицательный

т.р.выдержан – температурный режим выдержан

т.р. не выдержан – температурный режим не выдержан

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы «__» _____

№__ 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 125/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №

**рН метрді калибрлеуді тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации калибровки рН метра**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацион- ный номер	Кү- ні Да- та	№1 калибрлеу ері- тінді Калибровочный раствор № 1 (рН 4,01)	№2 калибрлеу ері- тінді Калибровочный раствор № 2 (рН 9,18)	Тексеру еріт- індісі	Калибровканы жүргізген ТАӘ, қолы ФИО и подпись проводивше- го калибровку	Ескер- ту Приме- чания



				Проверочный раствор (рН 6,86±/ 0,03)		
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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма 126/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Термостаттың температурасын бақылау

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

контроля температуры термостата

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Термостат температурасы Температура термостата		Маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), Ф.И.О (при наличии) специализация	Қолы Подпись	Ескерту Примечание
		Жұмыс алдында	Жұмыс соңында			



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 20.08.2021
Сақтау күні 10.09.2021
Дата редакции 20.08.2021
Дата скачивания 10.09.2021

		Перед работой 9.00	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 органа 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 Регистрационный номер	Центрифуганың қосылған күні	Материалдың атауы Наименование материала	Центрифуганы стерилдеуге арналған ерітіндінің атауы Название раствора для стерилизации центрифуги	Центрифугамен жұмыс істеген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), Ф.И.О (при наличии), специалиста работавшего с центрифугой	Қолы Подпись	Ескертепе Примечание
--	-----------------------------	---	--	--	-----------------	-------------------------



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 20.08.2021
Сақтау күні 10.09.2021
Дата редакции 20.08.2021
Дата скачивания 10.09.2021

	Дата подклю- чения центри- фуги					ча- ние
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы «__» _____

№ _____ бұйрығына

128-қосымша

Приложение 128

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от «__» _____ 2021 года

№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ ҚҰЖЖ 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 №128/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 128/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Зертханалық ыдыстардың стерилденуін тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации стерилизации лабораторной посуды

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Күні	Стерилденген зертханалық ыдыстар	Саны	Стерилдену Т	Құрғақ ыстық ауалы шкафты қосқан уақыты	Құрғақ ыстық ауалы шкафты өшірген уақыты	Стерилдеуді жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда),	Қолы
Регистрационный номер	Дата			Т				Подпись
				сте-				

		Стерилизуемая лабораторная посуда	Количество	релизации	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 _____ ҚҰЖЖ 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 129/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 2021 года № _____

Зертханааралық салыстырмалы сынақтарды және сапаны

сыртқы бағалау бойынша сынаманы тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации проб по межлабораторных сличительных испытаний и

внешней оценки качества

Басталуы (Начат) « ____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) « ____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі		Сынама атауы	Зерттеу түрі	Қайдан жіберілді	Нәтижесі
---------------	--	--------------	--------------	------------------	----------

Регистрационный номер	Кү- ні Да- та	Наименование пробы	Вид исследования	Откуда прислан	Қайда жіберіл- ді Куда направлен	Резуль- тат
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 органа 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 Регистрационный номер	Авария болған күні, сағаты Дата и время аварии	Аварияны анықтаған адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы Ф.И.О (при наличии), должность специалиста обнаружившего аварию	Болған авария түрі Вид аварии	Қолданған шаралар Принятые меры	Зертхана менгерушісінің қолы Подпись заведующего лабораторией	Ескертпе
--	---	---	----------------------------------	------------------------------------	--	----------



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 20.08.2021
Сақтау күні 10.09.2021
Дата редакции 20.08.2021
Дата скачивания 10.09.2021

						При- меча- ние
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 _____ ҚҰЖЖ 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 органа 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	Т.А.Ә(болған жағдайда) Ф.И.О (при наличии)	Жасы	Диагноз, тексеріп карау еселігі

Регистрационный номер	Үлгілер алу Отбора проб	Зертханаға келіп түскен Поступления в лабораторию	Организация, направившая образец		Возраст	Тұрғылықты мекенжайы Адрес проживания	Диагноз, кратность обследования	Микробтардың жалпы өсу саны (МЖС) Общее микробное число (ОМЧ)
1	2	3	4	5	6	7	8	

Продолжение таблицы

Ішек таяқшалар тобына зерттеу Исследование на бактерий группы кишечных палочек					
себу көлемі засеваемый объем	кесслер ортасында өсуі рост на среде кесслера	Эндо ортасында өсуі рост на среде Эндо	микроскопия	Сәйкестендіру тесттері Тесты идентификации	
				Оксидаза	Глюкоза
9	10	11	12	13	14

Стафилококка зерттеу: Исследование на стафилококк:								Зерттеу нәтижесі/ Результат исследования			
Тікелей себу Прямой посев		Қоректік ортасына қайта себу Высев со среды обогашения		Сәйкестендіру тесттері Тесты идентификации				МА-ШАНМС/ КМА-ФАНМ	БГКП	Стафилококка Стафилококк	Зерттеу аяқталған күн, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты әкесінің аты қолы. Дата окончания исследования Фамилия,имия, очество подпись лица проводив шего исследование
себу көлемі засеваемый объем	Қасиетке тән колониялардың саны Количество характерных колоний	Себу көлемі засеваемый объем	тығыз ортада өсуі рост на плотных средах	лецитиназа	микроскопия	Анаэробты жағдайлардағы мальтоза Мальтоза в анаэробных условиях	термотұрақты нуклеаза Термостабильная нуклеаза				
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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 132/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Парфюмерлік-косметикалық өнімдерді микробиологиялық зерттеуді тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации микробиологических исследований парфюмерно-косметической продукции

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Күні Тіркеу номері. Дата	Тіркеу номері.	Күні, уақытты Дата, время	Үлгі іріктелген орын, объект Объект, место отбора образца	Зерттеу мақсаты Цель ис- следова	Общее количество Микроорганизмов (Мезофильно-аэробны, факультативно-анаэробных), КОЕ
-----------------------------------	-------------------	------------------------------	--	---	--

	Регистрац.номер	Алынған. Отбора	Зертханаға қабылданған Поступление лабораторию	Зерттеудің басталуы Начало исследования			Себу көлемі Засеваемый объем	Өскен колониялар саны Количество выросших колоний
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Продолжение таблицы

Candida alibicans	E. coli	Staphylococcus aureus	Pseudomonas aeruginosa	Зерттеу нәтижелері, зерттеудің аяқталған күні, жылы, зерттеу Жүргізген адамның Т.А.Ж қолы. Результат исследования, дата окончания исследования, Ф.И.О. Подпись лица, проводившего исследования.				
-------------------	---------	-----------------------	------------------------	--	--	--	--	--

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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 133/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Тағам және мал шаруашылығы өнімдеріндегі гормондардың қалдық мөлшерін анықтау бойынша микробиологиялық зерттеулерді тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации микробиологических исследований по определению остаточных количеств гормонов в продуктах питания и животноводства

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

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

Әкелі- ну күні Дата до- став- ки	Тіркеу нө- мірі Регистра- ционный номер	Әкелі- ну уа- қыты Вре- мя до- став- ки	Зерттеу ба- сталған уа- қыт Время на- чала иссле- дования	Өнімнің атауы, алынған орны, материалды кім алды Наименование продукта, ме- сто забора, кем сделан забор материала	Тест- си- сте- ма	Қалдық гормонның мөлшерін анықтау нәтижесі Результат исследования на определение остаточного коли- чества гормонов	Күні, қолы дата, под- пись
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 _____ ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген №134/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 134/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Жеке бас гигиенасы құралдарын микробиологиялық зерттеуді тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации микробиологических исследований средств личной гигиены

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Күні Дата	Тіркеу номері Регистрационный номер	Күні, уақытты Дата, время			Үлгі іріктелген орын, объект Объект, место отбора образца	Зерттеу мақсаты Цель исследования
		Алынған Отбора	Зертханаға қабылданған	Зерттеудің басталуы		

			Поступление в лабора- торию	Начало исследо- вания		
1	2	3	4	5	6	7

Продолжение таблицы

Enterobacteriaceaeв 10г	Staphylococcus aureus в 10г	Pseudomonasaeruginosa в 10г	Плесне- вые и дрожже- вые гри- бы КОЕ /г (не бо- лее)	Зерттеу нәтижелері, зертте- удің аяқталған күні, жылы, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда) қолы. Результат исследования, да- та окончания исследования, Ф.И.О. (при наличии) Под- пись лица, проводившего исследования.	Себу көле- мі Засе- вае- мый объем	Өс- кен ко- ло- ния- лар са- ны Кол- тво вы- рос- ших ко- ло- ний
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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 135/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

**Балалар мен жасөспірімдерге арналған өнімдерді микробиологиялық зерттеуді тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации микробиологических исследований продукции,
предназначенной для детей и подростков**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

		Күні, уақыты							
--	--	--------------	--	--	--	--	--	--	--

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы « » _____

№ _____ бұйрығына

136-қосымша

Приложение 136

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от « » _____ 2021 года

№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №136/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 136/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Ойыншықтарды микробиологиялық зерттеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

микробиологического исследования игрушек

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Күні Дата	Тір- кеу нө- мірі	Күні, уақыты Дата, время		Үлгі іріктел- ген орын, объект	Зерт- теу мақ- саты	Общее ко- личества микроорга- низмов	Дрож- жи, дрож- жепо- добные,	Тұқым- дас бак- терия- лар э/см,	Пато- генді стафи- ла- кокктар	Жал- ған- мо- нас аэро-	Зерт- теу нәтиже- лері, зертте-
		Зерт- ха-	Зерт- ха-								

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	Региональный номер	Іріктелген Отбора	нағалық	нағалық	Объект, место отбора	Цель исследования	(мезофильно-аэробно-факультативно-анаэробных)	Плесневые грибы, 1г. (1см ² , 1см ³) игрушки	1см неробактерия 1г.-да. (1см ² , 1см ³) ойыншық	1г-да, (1см ² , 1см ³) /Патогенные стафилококки в 1г.. (1см ² , 1см ³) игрушки	генотип	удің аяқталған күні, жылы, зерттеу жүргізген адамның Т. А.Ә (болған жағдайда), . қолы	Результат исследования, дата окончания исследования, Ф.И.О (при наличии), подпись, проводившего	
				Поступление в лабораторию			Себу көлемі	Өскен колониялар саны	Себу көлемі	Өскен колониялар саны				
							Засеваемый объем	Количество выросших колоний	Засеваемый объем	Количество выросших колоний				

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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 138/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

**Қанды ішсүзегінің, А және В паратифтің қоздырғышын анықтау бойынша
микробиологиялық зерттеулерді тіркеу**

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

**регистрации микробиологических исследований крови на выявление
возбудителя брюшного тифа, паратифа А и В**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г.)

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

Күні Да- та	Тіркеу нөмірі Регистраци- онный номер	ТАӘ, мекен жайы, жұмыс орны ФИО, адрес, ме- сто работы	Қанды ақелген адамның ТАӘ, лауазымы қолы ФИО, должность и подпись лица доставившего кровь	Зерттеу мақсаты Цель ис- следова- ния	Температура- лық тәртібі Температур- ный режим	Себулер Высевы				
						I	II	III	IV	V
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Продолжение таблицы

Микро- скопия	Сәйкестендіру тесттері Тесты иденти- фикации	Нәтиже Ре- зультат	Талдау аяқтал- ған күн Дата окончания анализа	Нәтиже берілген күн, ай, жыл Дата выдачи ре- зультата	Зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда), ФИО(при наличии), подпись лица проводив- шего исследование
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы «__» _____

№ _____ бұйрығына

139-қосымша

Приложение 139

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от «__» _____ 2021 года

№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ № бұйрығымен Бекітілген № 139/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 139/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Висцеральды және тері лейшманиозына зерттеулерді тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации исследований на висцеральный и кожный лейшманиоз

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Тіркеу нөмірі Реги-страция	Зерттеушінің Т.А.Ә (болған)	Ту-ған жылы	Ме-кен – жайы	Тексе-руге жі-берген мекеме	Үлгіні тексеру-ге қа-былдау	Диа-гно-зы, ауыр-	Зерт-те-удің әдісі	Зерттеу нәти-желері	Нәти-желер бері-	Зерттеу жүр-гізген адам-ның тегі, аты, әкесінің	Ес-кер-ту
-------------------------------	-----------------------------------	-------------	---------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------	--------------------	---------------------	------------------	---	-----------

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы « » _____

№ _____ бұйрығына

140-қосымша

Приложение 140

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от « » _____ 2021 года

№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 140/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 140/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Металды, металдан және метал қалдықтарынан жасалған бұйымдарды

зерттеулерді тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации исследований металла, изделий из металла и металлолома

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

№ п/п	Күні	Зерттеу, өлшеу мақсаты/Цель исследования, замеров	Өлшеудің жалпы	Беттәу-	Альфа сәулелену Альфа-излучение	Ескертпе/

№ р /н	Да- та	Тапсы- рыс беру- ші/Заказ- чик		саны/ Общее кол-во заме- ров	Гамм- сәу- леле- ну/ Гам- ма- излу- че- ние	ле- ле- ну/ Бе- та- из- лу- че- ние	значение	Орындаушы- ның Т.А.Ә (болған жағ- дайда)/ Ф.И.О (при на- личии), испол- нителя	Хатта- маны беру кү- ні/ Дата выдачи прото- кола	При- ме- ча- ние
					зна- чение	зна- че- 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

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ 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 № 141/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 141/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____</p>

**Арнайы сұйықтықтар мен мұнайдан жасалған өнімдердің сынамаларын
зерттеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации и выдача результатов исследования образцов переработки
нефтепродуктов и специальных жидкостей**

Реттік нөмірі порядковый номер	Сынаманы ірік- теу күні Дата отбора проб	Зерттеу жүргізілген күн Дата проведения иссле- дования	Үлгі алынған орын, ұйымның атауы, оның ведомстволық иелігі Место отбора, наименование организации	Бұйымның атауы Наименование об- разца
1	2	3	4	5

Зерттеу нәтижелері Результаты исследования			Зерттеу қандай НҚ-қа сәйкес жүргізілді НД в соответствии с ко- торой проводилось исследова- ние	Зерттеу жүргізген тұлға- ның аты жөні және қолы Подпись лица, проводив- шего исследование
Көрсеткіш атауы Наименование показателя	Анықталған концентрация Обнаруженная концентра- ция	Нормативтік көрсеткіш Нормативные показате- ли		
6	7	8	9	10

Тір- кеу Нө- мірі Регис- тра- цион- ный но- мер	Ба- қы- лау жүр- гіз- ген күні Да- та кон- тро- ля	ЕПМ атауы, ка- бинет саны/ап- парат саны/жұ- мыс орны саны Наименование ЛПУ, кол-во ка- бинетов/аппара- тов/раб мест	Өл- шеу жүр- гізіл- ген орын Ме- сто про- веде- ния заме- ра	Рентген- кондыр- ғы, за- уыттық нөмірі Рентген- установ- ка, за- водской номер	Рентген сәулелену- дің өлшем саны Количе- ство заме- ров рентге- новск излу- чения	Өл- шем диа- па- зон- да- ры Диа- па- зон из- ме- ре- ний	Өл- шеу нәти- же- лері Ре- зульты- таты из- ме- ре- ний	Өлшем- нен ас- қан өл- шемдер саны Количе- ство за- меры с превы- шением	Өл- шеу нәти- же- лері Ре- зульты- таты из- ме- ре- ний	Хат- та- ма нө- мірі Но- мер про- то- кола	Өлшеу жүргізген, Т.А.Ә (болған жағдай- да), қолы Ф.И.О (при нали- чии) про- водивше- го замер, подпись
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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма №143/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Экспресс-зерттеу нәтижелерін тіркеу және беру

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации и выдачи результатов экспресс- исследований

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1.

2.

Тіркеу нө- мірі Регистраци- онный номер	Зерттеу күні мен уақыты. Дата и время исследования	Объектінің атауы, орналасқан жері Наименование, место нахождение объекта	Үлгі атауы Наименова- ние образца	Зерттеу нәтижесі Результат исследова- ния	Жүргізген адамның лауызымы, Т.А.Ә (болған жағдайда) және қолы Ф.И.О (при наличии), должность и под- пись 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

Республики Казахстан

от «__» _____ 2021 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 №144/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 144/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Сынақ жүргізуге жарамсыз сынамаларды (үлгілерді) тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации образцов (проб) не пригодных к испытанию (бракеражный)

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тір-кеу нөмірі Регист-ра	Кү-ні Да-та	Сы-нама ата-уы	Сынаманы жеткізген Т.А.Ә (болған жағдай-да), /жіберген мекеме атауы	Бракераж себебі (материал сапасы, жеткізу ережелерін бұзу және т. б. Сәйкессіздіктерді атау)	Зерттелуші-нің ТАӘ, сы-нама, ошақ, мекенжайы	Қа-был-дан-ған ша-	Бракеражға жауапты, Т. А.Ә (болған жағдайда),	Ес-керт-пе При-ме-
-----------------------------	----------------	-------------------	--	--	--	--------------------	---	-----------------------

цион- ный номер		На- име- нова- ние об- разца	Наименование органи- зации Ф.И.О (при на- личии), подпись до- ставший пробу	Причина бракеража (Пере- числить нарушения, по каче- ству материала, правилам до- ставки и т.д)	ФИО боль- ного, мате- риал, очаг, адрес	ра- лар При- ня- тые ме- ры	Ф.И.О (при наличии) от- ветственный за бракераж	ча- ние
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы « » _____

№ _____ бұйрығына

146-қосымша

Приложение 146

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от « » _____ 2021 года

№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ 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 № 146/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 146/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__</p>

**Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылауға және қадағалауға
жататын эпидемиялық маңызы жоғары объектілердің тізбесін тіркеу**

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

**регистрации перечня высокой эпидемически значимых 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) _____

Тір- кеу но- мірі	Сани- тари- ялық- эпиде- миологи- ялық қа- дағалау объекті- сінің то- лық ата- уы	Шаруашылық жүргізуші субъектінің толық атауы (занды тұлғаны мемле- кеттік тіркеу туралы куә- лік ЖК тіркеу куәлігі, ЖИН/БИН), субъектінің тіркелген мерзімі	Ме- кен- жайы, теле- фон нөмірі	Бар- лық жұ- мыс істей- тін- дер/ оның ішін- де әйел- дер	Оның ішін- де зи- янды жұ- мыс жағ- дай- ында жұ- мыс істей- тін- дер/ оның ішін- де әй- елдер	Нормативтік- құқықтық құ- жаттар (объектінің және /немесе СҚА орнату бой- ынша жобалық құжаттама- сының санитариялық-эпиде- миологиялық коры- тындысы)	Қыз- мет түрі	Пай- дала- нуға енгі- зу	Ес- керт- пе
Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер	Полное наименование объекта санитар- но-эпи- демиоло- гическо- го надзо- ра	Полное наименование хозяйствующего субъек- та (свидетельство о госу- дарственной регистра- ции юридического лица, свидетельство о реги- страции ИП, ИИН /БИН), дата регистрации субъекта	Ад- рес, но- мер теле- фона	Все- го ра- бота- ю- щих/ из них жен- щин	Из них заня- тых во вред- ных усло- виях/ из них жен- щин	Правоустанавливающие документы на объекты на объект (санитарно-эпиде- миологическое заключе- ние на объект и/или на про- ектную документацию по установлению СЗЗ, дого- вор купли-продажи, дого- вор аренды и другое)	Вид дея- тель- но- сти	Ввод в экс- плуа- та- цию	при- ме- ча- ние
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 20.08.2021
Сақтау күні 10.09.2021
Дата редакции 20.08.2021
Дата скачивания 10.09.2021

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

Регистрационный номер	Күні Дата	Термометр көрсеткіштері		Жауапты адамның колы Подпись ответственного работника	Ескертпе (электр энергиясының өшірілгені туралы, еріту, тоназытқыш жабдығының ақаулары) Примечание (отметки об отключении электроэнергии, размораживании, неисправности холодильного оборудования)
		Таңертен утром	Кешке вечером		
1	2	3	4	5	6



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 20.08.2021
Сақтау күні 10.09.2021
Дата редакции 20.08.2021
Дата скачивания 10.09.2021

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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 150/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Медициналық қалдықтарды күнделікті есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

ежедневного учета медицинских отходов

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Кесте
Таблица

--	--	--	--

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні дата	«А» сыныбы* (м3) класс "А"*(м3)		«Б» сыныбы \класс "Б"			
		Пайда болды обработано	Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)	Пайда болды обработано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)
Өртеу арқылы сжиганием	Өртемеу әдістерімен не сжигающими методами						
1	2	3	4	5	6	7	8

"Б" класс класс "Б"							
Өткір, үшкір қалдықтар (кг) Острые, колющие отходы (кг)				Өзге де (кг) Прочие (кг)			
Пайда болды обработано	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 обработано	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			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

"Б" сыныбы класс "Б"		
Биологиялық/ анатомиялық қалдықтар (кг) Биологические/ анатомические отходы (кг)	Өткір, үшкір қалдықтар (кг) Острые, колющие отходы (кг)	Өзге де (кг) Прочие (кг)

Пайда болды об-ра-зо-вано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты)		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді	Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)	Пайда болды об-ра-зо-вано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты)		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді	Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)	Пайда болды об-ра-зо-вано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты)		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді	Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)
	Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения	Өртеу арқылы сжиганием				Өртемеу әдістерімен не сжигаются методами	Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения				Өртеу арқылы сжиганием	Өртемеу әдістерімен не сжигаются методами		
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			

Кестенің жалғасы
продолжение таблицы

"Г" сыныбы класс "Г"								"Д" сыныбы (кг) Класс "Д" (кг)			
Құрамында сынап бар заттар (дана) Ртутьсодержащие предметы (шт)		Сұйық (л), қатты (кг) дәрілік заттар Лекарственные средства жидкие (л), твердые (кг)				Өзге де (кг) Прочие (кг)					
Пайда болды об-ра-зо-вано	Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді		Пайда болды об-ра-зо-вано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты)		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді	Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)	Пайда болды об-ра-зо-вано	Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді		Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)
	Передано сторонам на обезвреживание (утилизацию)			Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения					Передано сторонам на обезвреживание (утилизацию)		
	Өртеу арқылы сжиганием	Өртемеу әдістерімен не сжигаются методами									
29	30		31	32	33	34	35	36	37	38	

Ескертпе.

Күн сайын есепке алу нысаны электронды түрде xls (Microsoft Excel) форматында толтырылады.

Примечание.

Форма ежедневного 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 151/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Өнім берушілерді және олар жеткізетін өнімді есепке алу, бағалау

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета, оценки поставщиков и поставляемой ими продукции

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Толтырылған күні	Өнім берушінің атауы	Сатып алынатын өнімнің атауы	Өтінім № және күні	Бағасы, теңге	Өнім берушімен жұмыс істеу кезінде жақсарту серпіні	Кепілдік	Сапасы Качество	Жеткізудің сенімділігі	Таңдау нәтижесі
--	------------------	----------------------	------------------------------	--------------------	---------------	---	----------	--------------------	------------------------	-----------------

	Дата запол- нения	Наимено- вание по- ставщика	Наименование закупаемой продукции	№ и дата заявки	Це- на, тен- ге	Динамика на улучше- ние при работе постав- щиком	Га- ран- тии		На- деж- ность поста- вок	Ре- зульт- тат вы- бора
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	Шаруашылық жүргізуші субъектінің атауы	Объектінің мекен-жайы	Министрлік (ведомство)	Радиациялық қауіпсіздікке жауапты адамның тегі, аты, әкесінің аты және телефоны
---------------	--	-----------------------	------------------------	---

Регистрационный номер	Наименование хозяйствующего субъекта	Адрес объекта	Министерство (ведомство)	Фамилия, имя, отчество контактный телефон ответственного за радиационную безопасность
1	2	3	4	5

2. Жұмыс парақтары әр объектіге ашылады

Рабочие листы заводятся на каждый объект

Тіркеу номері Регистрационный номер	Изотоптың атауы Наименование изотопа	Алғашқы белсенділі, өлшеу мерзімі (Кюри, /а) Начальная активность, дата измерения	Төлқұжаты бойынша көздің номері Номер источника 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	Ескертепе 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 органа 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		Шаруашылық субъектісінің, ұйымның атауы	«А» тобы персоналының Т.А.Ә (болған жағдайда)	Дозиметрдің (кассетаның) нөмірі		Мөлшер, мЗв
---------------	--	---	---	---------------------------------	--	-------------

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 органа 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 – НК)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____
2. _____

Тір-кеу нө-мірі	Күні дата			Үлгі атауы, са-ны, көлемі, алынған орын Наименование образца, количе-ство, объем, ме-сто отбора	Зерт-теу әдісі Ме-тод ис-сле-до-ва-ния	Зерттеу нәтижесі Результат иссле-дования		Зерттеу аяқталған күн, жүргізген адамның лауызымы, Т.А.Ә (болған жағдайда), және қолы Дата окончания исследования, должность, Ф.И.О (при наличии), и подпись лица, проводившего исследование	Нәти-же бері-лген күні Дата выда-чи ре-зуль-тата
	Алын-ған үлгі	Зертха-наға келіп түсуі	Зерт-те-удің ба-ста-луы			Сапа-лық көр-сет-кіш	Сан-дық көрсет-кіш		
Регис-тра-цион-ный номер	Отбо-ра об-раз-цов	По-ступле-ния в лабо-рато-рию	На-чала ис-сле-до-ва-ния			Каче-ствен-ный пока-затель	Коли-четс-вен-ный пока-затель		
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

ЖУРНАЛ

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) Способ учета (в помещениях 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 маусымдық көрсеткіш Среднесезонный показатель	
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь					
1	2	3	см	1	2	3	см	1	2	3	см		
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	

*Әрбір он күндікті 2 кіші бағанға бөлеміз: бөліндісінде үнсіз масаның барлық саны, бөлгішінде 1 жабысқақ паракқа 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 караулар 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	Зерттеу нәтижелері		
												Зерттеу нәтижелері	Результаты исследований	
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 жамылғаннан кенелер Собрано клещей с растительного покрова обследованной территории	Оның ішінде түрлік тиістілігі бойынша В том числе, по видовой принадлежности	Қаралған ірі қара мал Осмотрено крупного рогатого скота	Оның ішінде кене басқан мал (ІҚМ және ҰМ) В том числе заклеянного скота (КРС и МРС)	Жиналған кенелер Собрано клещей	Оның ішінде түрлік тиістілігі бойынша В том числе, по видовой принадлежности	Барлық жиналған кенелер Все собранные клещи	Оның ішінде түрлік тиістілігі бойынша В том числе, по видовой принадлежности	Зертханалық зерттеуге жіберілген кенелер Направлено клещей на исследование в лабораторию	Зерттеу нәтижелері Результаты исследований	Патогендік агенттер бөлінді Выделены патогенные агенты	Оң партиялардың пайызы Процент возможных партий

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы « » _____

№ _____ бұйрығына

157-қосымша

Приложение 157

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от « » _____ 2021 года

№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №157/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 157/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

**Имаго қансорғыш буынаяқтыларға қарсы күрес бойынша жұмыстарды
есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ**

учета работ по борьбе с личинками и имаго кровососущих членистоногих

Елді мекеннің атауы (Наименование населенного пункта)

(в районе) _____ ауданы,

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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 158/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Экстенсивті зерттеп-қарау (жаппай аулау) нәтижелері бойынша жәндіктер санын есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета численности насекомых по результатам экстенсивных обследований (массовый отлов)*

облысы (области) _____ ауданында (районе) _____

Елді мекеннің атауы, объект	Үй-жай-		Есепке алу тәсілі, үлгілердің саны, есеп бірлігі	Ауланған жәндіктер саны	Орта көрсеткіш
-----------------------------	---------	--	--	-------------------------	----------------

Наименование населенного пункта, объект	дың түрі Тип помеще- ния	Есепке алу күні Дата учета	Способ учета, количество образцов, единица учета	Количество выловленных насекомых	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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 159/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Анофелес дәрнәсілдері санының маусымдық серпінін тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации сезонной динамики численности личинок Анофелес

Елді мекеннің атауы (Наименование населенного пункта) _____

Масаның түрі (Вид комара) _____

есептеу әдісі (метод учета) _____

күні (дата) «__» _____ 20 ж. (г.)

Суқойма Водоем	Он күн сайынғы* және орташа айлық (бұдан әрі -ОА) саны Подекадная* и среднемесячная (далее-СМ) численность											
	Сәуір Апрель				Мамыр Май				Маусым Июнь			
	1	2	3	см	1	2	3	см	1	2	3	см
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

*Кестенің жалғасы
 Продолжение таблицы*

Он күн сайынғы* және орташа айлық (бұдан әрі -ОА) саны Подекадная* и среднемесячная (далее-СМ) численность											Маусымдық орташа көрсеткіш Среднесезонный показатель		
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь					
1	2	3	см	1	2	3	см	1	2	3	см		
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	

* Әрбір онкүндікті 2 кіші бағанға бөлеміз: бөлінгішінде – барлық құрттар, бөлгішінде – бір сынамаға келетін саны; Бір м² су бетіне келетін санды қайта есептеу зертханалық жағдайда жедел талдау мен материалды жинақтау барысында жүргізу керек.

*Каждую декаду делим на две подграфы: в числителе – всего личинок, в знаменателе – численность на одну пробу; Перерасчет численности на один м² водной поверхности осуществлять в лабораторных условиях при оперативном анализе и обобщении материала.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы « » _____

№ _____ 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 160/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Қансорғыш буынаяқтылардың түрлік құрамын зерделеу нәтижелерін тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации результатов изучения видового состава кровососущих

членистоногих

(в) _____ ауданында (районе), _____ облысында (области)

Елді мекеннің атауы	Буынаяқтылар түрінің атауы мен олардың даму фазалары	Түрі мен айы бойынша жиналған түрлерінің саны	Барлық жиналғаны Всего собрано
---------------------	--	---	-----------------------------------

Наименование населенного пункта	Наименование вида членитонного и фазы его развития	Численность собранных экземпляров по видам и месяцам						Абсолюттік санмен В абсолютных числах	Ортақ саннан алынған пайызбен В процентах от общего числа
		IV	V	VI	VII	VIII	IX		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы « » _____

№ _____ бұйрығына

161-қосымша

Приложение 161

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от « » _____ 2021 года

№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №161/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 161/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 2021 года № _____

Жәндіктер мен кенелердің шағуымен (шабуылымен) жүгінгендерді тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации обратившихся с укусами (нападением) клещей

Басталуы (Начат) _____ 20 ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) _____ 20 ж. (г.)

Тір- кеу	ЕПМ- де	Тегі, аты,		Ауыл- дық	Үй ме-	Жұ- мыс,	Кенелер- дің ша-	дене- де ке-	кенені зертха-	Тек- серу	кене- лер-	Орын- дау-
-------------	------------	---------------	--	--------------	-----------	-------------	---------------------	-----------------	-------------------	--------------	---------------	---------------

нө- мірі	кене шағу жағ- дайы- ның тіркел- ген кү- ні Дата реги- стра- ции слу- чая укуса клеща в ЛПУ	әкесі- нің аты (болған жағдай- да), Фами- лия, от- чество (при на- личии),	Ту- ған күні Да- та рож- де- ния	округ- тің, елді мекен- нің, учаске- нің ата- уы Наиме- нование сельско- го окру- га, насе- ленного пункта, участка	кен- жайы До- маш- ний адрес	оқу ор- ны, ба- лалар ұйымы- ның атауы Место рабо- ты, уче- бы, на- имено- вание дет- ской органи- зации	буыл жа- сау аума- ғы, орны ((ашық аумақта, мал үй- жайында, жайылым- да, аула ау- мағында)) Террито- рия, место нападения клещей (на откры- той тоерри- тории, скотное по- мещение, пастбище, на террито- рии двора)	нені табу және оны алу күні дата обна- руже- ния кле- ща на те- ле и его сня- тия	наға жеткі- зу және кенені зерттеу күні достав- ка кле- ща в ла- бората- рию и дата ис- следо- вания клеща	нәти- жесі Ре- зульт- тат Об- сле- дова- ния	дің түр- лері, жы- нысы Видо- вая и поло- вая при- над- леж- ность кле- щей	шы- ның қолы, тегі, аты, әкесі- нің аты Фами- лия, имя, отче- ство, долж- ность ис- пол- ните- ля
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.)

Тір-кеу	Сы-на-	Сы-на-	Хат-та-	Сынама алынған	Сы-на-	Зерттелетін көрсеткіштердің, оның ішінде се-	Физи-калық-	Анық-тал-	Өнім-нің	Анық-тау	Зерттеу жүргіз-
---------	--------	--------	---------	----------------	--------	--	-------------	-----------	----------	----------	-----------------

нөмірі	малу	маңың түскен күні	маңың құрылған күні	орын, мекен-жайы және ұйымның атауы	маңың атауы	зім мүшелері арқылы сезіну көрсеткіштерінің тізімі.	химиялық көрсеткіштер	ған концен-трация	НҚ бойынша нормасы	әдісінің НҚ НД на метод определения	ген адамның қолы, Т.А. Ә (болған жағдайда)
Регистрационный номер	Дата отбора образца	Дата поступления	Дата составления протокола	Место отбора, адрес и наименование организации	Наименование образца	Органолептические показатели	Физико-химические показатели	Обна-ружен-ная концен-трация	Нор-ма по НД на про-дукт		Ф.И.О (при наличии), ., под-пись лица про-водивше-го ис-следо-вание
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
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код 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 № 163/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 163/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Дайын тағамдардың, рациондардың үлгілерін құнарлылыққа

зерттеу және нәтижелерін тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации образцов и результатов исследования готовых

блюдов, рационов на калорийность

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацион- ный номер	Күні Дата		Сынама алынған ұйым- ның атауы Наименование объекта, где взят образец	Тағамдар- дың атауы Наименова- ние блюд	Үлессалмағы Вес порции		Салмағы Вес		
	Өнді- рілуі Вы- ра- ботки	Түсуі По- ступ- ление			Салынуы бойынша По рас- кладке	Іс жү- зінде- гі Фак- тиче- ски	Тығыз бөлі- гінің Плот- ной ча- сти	Ет, ба- лық Мя- со, рыба	Гар- нир- дің Гар- нира
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Продолжение таблицы

Химиялық құрамы Химический состав (грамм)											
Кұрғақ заттар Сухие вещества			Белоктар және көмірсулар Белки и углеводы			Бөлек Раздельно					
Ре- цепт бой- ынша По ре- цепту	Ең аз рұқ- сат етілген Минималь- но допусти- мые	Іс жүзін- де Фак- тиче- ски	Оста- вить По ре- цеп- ту	Ең аз рұқ- сат етілген Минималь- но допу- стимые	Іс жүзін- де Фак- тиче- ски	Белоктар Белки			Көмірсулар Углеводы		
						Ре- цепт бой- ынша По ре- цепту	Ең аз рұқ- сат етілген Мини- мально до- пустимые	Іс жүзін- де Фак- тиче- ски	Ре- цепт бой- ынша По ре- цепту	Ең аз рұқ- сат етіл- ген Мини- мально допусти- мые	Іс жүзін- де Фак- тиче- ски
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Майлар Жиры			Құнарлылығы Калорийность			Ауытқулар (%) Отклонение (%)				Құра- мында- ғы С вита- мині Содер- жание вита- мими- на С	Зерт- теу нәти- желері Ре- зульт- таты иссле- дова- ния	Зерттеу жүр- гізген адам- ның Т.А.Ә (болған жағ- дайда) Ф.И.О (при на- личии) прово- дившего иссле- дования
Ре- цепт бой- ын- ша По ре- цеп- ту	Ең аз рұқ- сат етіл- ген Мини- мально допусти- мые	Іс жүзін- де Фак- тиче- ски	Теор- ия- лық Теор- е- тиче- ски	Ең аз рұқсат етілген Мини- мально допусти- мые	Іс жүзін- де Фак- тиче- ски	Бел- ок- тар Бел- ки	Май- лар Жи- ры	Кө- мір- су- лар Уг- ле- во- ды	Құ- нар- лы- ғы Ка- ло- рий- ность			
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 _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 164/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 164/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Жерүсті су объектілері суларының және сарқынды сулардың

су үлгілерін зерттеу нәтижелерін есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета результатов исследования образцов воды

поверхностных водных объектов и сточных вод

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зертханалық нөмірі Лабораторный номер	Нәтиже берілген күн Дата выдачи результата	Үлгі алынған оры н және мекен-жай Место отбора пробы и адрес	Температурасы °С			Иісі		Түстілігі, градуспен Цветность в градусах	Түсі (сипаттау) Цвет (описать)
				Температура °С			Запах			
				Ауаның Воздуха	Судың Воды	Қарқындылығы баллмен Интенсивность в баллах	Сипаты (сипаттау) Характер (описать)	Араластыру кезіндегі жоғалу шегі Порог исчезновения при разведении		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

*Кестенің жалғасы
Продолжение таблицы*

Түсінің жоғалу шегі (араластырғанда) Порог исчезновения цвета (при разведении)	Лай, тұнба (сипаттау) Муть, осадок (описать)	Лайлылығы Мутность мг/дм ³	Мөлдірлігі, см Прозрачность в см	Қалқып жүрген қоспалар Плавающие примеси	Өлшенген заттар мг/дмі Взвешенные вещества	РН	Ерітілген оттегі мг/дмі Растворенный кислород мг/дм ³	БПК – 5 мг0,2/дм ³	БПК – 20 мг0,2/дм ³	Тотығушылығы мг0,2/дмі Окисляемость мг0,2/дм ³	ХПК мг0,2/дм ³	Сілтілігі мг-экв Щелочность мг-экв
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы «__» _____

№__ бұйрығына

165-қосымша

Приложение 165

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от «__» _____ 2021 года

№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 165/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 165/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__</p>

**Орталықтандырылған және орталықтандырылмаған сумен жабдықтаудың
ауыз су**

үлгілерін зерттеу нәтижелерін есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

**учета результатов исследования образцов питьевой воды
централизованного и нецентрализованного водоснабжения**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) « _____ » _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Сынама қабылданған күн Дата поступления	Үлгі алынған орын Место отбора образца	мекенжай Адрес	Иісі Запах в баллах		20°С-тағы дәмі, балл-мен Привкус в баллах при 20°С	Түстілігі, градуспен Цветность в градусах	Стандартты шкала бойынша лайылығы, миллиграмм/дециметр (бұдан әрі-мг/л) Мутность (далее – мг/л) по стандартной шкале
				20 °С	60 °С			
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

рН	Қалдық хлор мг/л Остаточный хлор		Қалдық озон Остаточный озон мг/л	Тотығуы Окисляемость мгО ₂ /л	Аммиактың Аммиака мг/л	Нитриттердің Нитритов мг/л	Нитраттардың Нитратов мг/л	Жалпы кермектігі моль/л Общая жесткость	Құрғақ қалдық мг/л Сухой остаток	Хлоридтер мг/л Хлориды
	Еркін Свободный	Байланған Связанный								
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Сульфаттар мг/л Сульфаты	Темір мг/л Железо	Мыс мг/дл Медь	Мырыш мг/л Цинк	Молибден мг/л	Күшәла мг/л Мышьяк	Қорғасын мг/л Свинец	Фторидтер, мг/л Фториды	Қалдық алюминий мг/л Остаточный алюминий	Полиакриламид мг/л	Полифосфаттар мг/л полифосфаты	Марганец мг/л
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Сурьма	Бен(а)пирен бромат	Цианид мг/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	Нәтиже берілген күн
1,2 ди-хлор-этан мг/л	Эпихлоргидрин мг/л	Тетрахлорэтилен и трихлорэтилен, мг/л	Тригалометаны общее содержание, мг/л	Винилхлорид, мг/л	Акриламид мкг/л	Количество исследований, проведенных в образце	Дата выдачи результатов исследований
51	52	53	54	55	56	57	58

Ескертпе (Примечание):

1) үлгіге зертеудің барлық түрлері тіркелетін біртұтас зертханалық тіркеу нөмір беріледі (образцу придается единый лабораторный номер, под которым регистрируются все виды исследования);

2) су құбырларының су бөлетін желісінен, орталықтандырылған немесе орталықтандырылмаған сумен қамтамасыз ету көздерінің ауыз суын зерттеу көлемі көп болғанда жеке журналдар жүргізуге рұқсат етіледі (при большом объеме исследований питьевой воды из разводящей сети водопроводов, источников централизованного и децентрализованного водоснабжения допускается ведение самостоятельных журналов)

Жер үсті су объектілерінің сынамаларына үлкен көлемді зерттеу жүргізгенде жеке журнал жүргізуге рұқсат етіледі. При большом 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 министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №166/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 166/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №

Топырақ үлгілерін және зерттеу нәтижелерін тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации образцов и результатов исследования почвы

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (Г.)

Үлгіні тіркеу нөмірі Регистрационный номер образца	Күні Дата	Үлгі алынған орын, мекен-жайы	Анықталатын көрсеткіштердің атауы
--	--------------	-------------------------------	-----------------------------------

			Место отбора образца, адрес	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										Ескерту Примечание	Зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О. (при наличии), подпись лица, проводившего исследование
Сынап мг/кг Ртуть	Мұнай өнімдері мг/кг Нефтепродукты	Синтетикалық үстіңгі белсенді заттар (СБАЗ) мг/кг Синтетические поверхностно-активные вещества (СПАВ)	Осы өңірге тән көрсеткіштер Показатели характерные для данного региона								
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 органа 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.)

				Метеорологиялық жағдайлар		
--	--	--	--	---------------------------	--	--

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Үлгі алынған күн Дата отбора	Үлгі алынған уақыт Время отбора	Елді-мекеннің атауы Наименование населенного пункта	Метеорологические условия						Ластану көзі және ластану көзінен және үлгі алу орны арасындағы қашықтық Источник загрязнения и расстояние от источника загрязнения и места отбора	Анықталатын заттар Определяемые вещества
				Атмосфералық қысым Атмосферное давление	Ауаның температурасы Температура воздуха		Салыстырмалы ылғалдылығы Относительная влажность	Жел Ветер			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы
Продолжение таблицы

Анықталған бір реттік ең жоғары концентрация мг/м ³ Обнаруженная максимальная концентрация мг/м ³	Шекті рұқсат етілген концентрация (ШРК), Ең жоғарғы бір реттік мг/м ³ Предельно-допустимая концентрация (ПДК), максимальная концентрация мг/м ³	Анықталған орташа тәуліктік концентрация мг/м ³ Обнаруженная средняя суточная концентрация мг/м ³	Орташа тәуліктік ШРК мг/м ³ ПДК средняя суточная мг/м ³	Іріктеу уақыты (сағ., мин) Время отбора (час, мин)			Зерттеу жүргізуге негіз болған нормативтік құжаттама Нормативная документация, согласно которой проводилось исследование	Зерттеу нәтижелері берілген күн Дата выдачи результатов исследования	зерттеу жүргізген адамның Т. А.Ә. (болған жағдайда), қолы Ф.И.О. (при наличии), подпись проводившего исследование
				Басталуы Начало	Аяқталуы Конец	Аспирация жылдамдығы, л/минутпен Скорость аспирации, в л/мин			
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Ескертпе: Ауа үлгісіне реттік бірегей зертханалық (тіркеу) нөмір беріледі, сорғыштар мен сүзгілер ауа үлгісін зерттеу хаттамаларында осы нөмір арқылы тіркеледі.

Примечание: Образцу воздуха придается порядковый единый лабораторный (регистрационный) номер, под которым регистрируются поглотители и фильтры в протоколах исследования образца воздуха.

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

ЖУРНАЛ

**регистрации образца и выдачи результатов исследования
воздуха закрытых помещений и рабочей зоны**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Нөмірле Номера		Алу күні Дата отбора	Тексерілетін нысан атауы Наименование обследуемого объекта	Метеорологиялық жағдайлар Метеорологические условия			Ара қашықтық м, см Расстояние в м, см		Үлгі алу уақыты Время отбора образца		Аспирация жылдамдығы Скорость аспирации л/мин		
	Сорғыштардың, сүзгілердің Поглотителей, фильтров	Эскиз бойынша алу нүктелерінің Точек отбора по эскизу			Атмосфералық қысымы Атмосферное давление	Ауаның температурасы Температура воздуха		Салыстырмалы ылғалдылық Относительная влажность	Еденнен От пола	Ластану көзінен От источника загрязнения	Басталуы Начало		Аяқталуы Окончание	
1	2	3	4	5	6	7	8					9		10
Анықталатын көрсеткіштің, зат ингредиентінің атауы, мг/м ³ Наименование определяемого показателя, ингредиента вещества в мг/м ³					Зерттеу нәтижелері мг/м ³ Результаты исследования в мг/м ³			Зерттеу әдістемесі Методика исследования		Зерттеу жүргізген адамның Т.А. Ә (болған жағдайда), қолы Ф.И.О (при наличии), подпись проводившего исследование				
15					Анықталған концентрация Обнаруженная концентрация		ШРК, ЗҚДА және басқалар ПДК, ОБУВ и другие		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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 169/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Дезинфекциялайтын заттардың үлгілерін және зерттеу нәтижелерін беруді

тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации образцов и выдачи результатов исследований

дезинфицирующих средств

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г.)

Тір- кеу нө- мірі	Күні және уа- қыты		Үлгілердің атауы Үлгі- лердің кон- центрация- сы Саны, көлемі	Үл- гіні ал- ған орын	Зерт- теу мақ- саты	НҚ сәй- кестігі- нің үл- гіні зерттеу	Бақы- лау штам- дары- ның атауы	Зерттеудің жүргізу барысы				Зерт- теу нәти- жесі	Зерт- теу жүргіз- ген адам- ның ко- лы, Т. А.Ә (болған жағдай- да), Ф.И.О (при на- личии), под- пись лица, проводивше- го ис- следо- вание
	Дата и время							Ход исследования					
	Үлгі алын- ған	Зерт- хана- ға						Пре- па- рат- тың кон- цен- тра- ция- сы	Бақы- лау штам- дары	Экс- по- зи- ция- сы	Нәти- жесі		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	От- бора об- разца	Зерт- хана- ға қа- был- дау По- ступ- ле- ния в ла- бора- то- рию	Наимено- вание об- разца Кон- центрация образца Количе- ство, объем	Ме- сто от- бора об- раз- ца	Цель ис- сле- дова- ния	Иссле- дова- ния об- разца на со- ответ- ствие НД	На- име- нова- ние кон- троль- ных штам- мов	Кон- цен- тра- ция пре- пара- та	Кон- троль- ные штам- мы	Экс- по- зи- ция			

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			Жануарлардың сипаттамасы Характеристика животных	Зерттеудің	Зерттеу ба-		
--------------	--	--	---	------------	-------------	--	--

Реги- страци- онный номер	Заттың атауы, оның құрамы, үл- гінің алынған ор- ны Наименование ве- щества, его со- став, место отбора	Зерттеліне- тін мөлшер (концентра- ция) Исследуемая доза (концен- трация)					ба- ста- луы Нача- ло ис- сле- дова- ния	ры- сы Ход ис- сле- до- ва- ния	Зерт- теудің аяқта- луы Окон- чание иссле- дова- ния	Зерттеу жүргізген адамның қолы Т.А.Ә (болған жағдайда), Ф.И.О(при нали- чии), подпись про- водившего иссле- дование
			Тү- рі Вид	Сал- ма- ғы Вес	Топ- тық белгі Групп- по- вая метка	Жеке белгі Инди- виду- аль- ная 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 171/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № ____

**Полимерлік және басқа материалдар, олардан жасалған бұйымдар,
 химиялық заттар мен композициялар
 үлгілерін зерттеуді тіркеу
 ЖУРНАЛЫ
 ЖУРНАЛ
 регистрации исследования образца полимерных и других материалов,
 изделий из них, химических веществ и композиций**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж. (г.)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «__» _____
№ _____ бұйрығына
172-қосымша
Приложение 172
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 172/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 172/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

**Тағам өнімдерінің және қоршаған орта объектілерінің үлгілерін
пестицидтердің қалдық санына және минералдық тыңайтқыштардың тіркеу
және зерттеу нәтижелерін есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации образца и учета результатов исследования продуктов питания
и объектов окружающей среды на остаточное количество пестицидов,
действующих
веществ пестицидов и минеральных удобрений**

Басталуы (Начат) « ____ » _____ 20 ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) « ____ » _____ 20 ж. (г.)

Тір-кеу нө-мірі	Үл-гі-нің ата-уы	Үлгі алын-ған күн	Тал-дау жүр-гізі-лен күн	Үлгі алын-ған орын, аудан	Үлгі-нің сал-ма-ғы мен көле-мі	Зерт-теле-тін пе-сти-цид-тер	Мине-ралды тыңайт-қыштар-дың көрсет-кіштері	Тал-дау-лар саны	Анықталған пести-цидтер, мг/кг Ми-нералды тыңайт-қыштардың көр-сеткіштері	ШРК мг/кг, МРЕД, мг/кг	НҚ НД	Зерттеу жүргіз-ген адам-ның қолы те-гі, аты, әкесінің аты
Ре-ги-стра-ци-он-ный но-мер	На-име-но-ва-ние об-раз-ца	Дата отбо-ра об-разца	Да-та про-ве-де-ния ана-лиза	Ме-сто отбо-ра об-раз-ца, райо-ны	Вес и объ-ем об-раз-ца	Ис-сле-дуе-мые пе-сти-ци-ды	Показа-тели ми-нераль-ных удоBRE-ний	Ко-ли-че-ство ана-ли-зов	Обнаруженное со-держание показате-лей пестицидов и минеральных удобрений	ПДК мг/кг, МДУ мг/кг		(болған жағдайда) Фами-лия, имя, отчество (при на-личии), подпись лица, проводив-шего ис-следова-ние
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	Өлшеу күні	Объектінің атауы	Өлшеуге арналған құралдар	Табиғи жарықтандыруды өлшеу нәтижелері Результаты измерений естественной освещенности

Регистрационный номер	Дата изменений	Наименование объекта	Приборы для измерения	Жоғары жарықтану кезінде.		Бүйірінен жарық түсіру кезінде.		Сыртқы жарық. Наружная освещенность	ТЖК орташа мәні. КЕО среднее значение
				При верхнем освещении	ТЖК өлшенген. КЕО измеренное	Норма бойынша рұқсат етілген. Допустимая по нормам	При боковом освещении		
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

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код 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 № 174/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 174/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

**Шуды, дыбыс оқшаулануын, инфрадыбысты, ультрадыбыстарды және
дірілді өлшеуді тіркеу**

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

**регистрации измерений шума, звукоизоляций, инфразвука, ультразвука и
вибрации**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні айы, жылы Дата, месяц, год	Шаруашылық жүргізілші субъектінің, ұйымның атауы Наименование хозяйствующего субъекта, организации	Цех, бөлім, үй-жай Цех, отделение, помещение	Өлшеулер саны Количество замеров							
				Шу (Шум)		Дыбыс оқшаулануы (Звукоизоляция)		Инфрадыбыс (Инфразвук)		Ультрадыбыс (Ультразвук)	
				Барлығы /Всего	ШРК-дан жоғары /Выше ПДУ	Барлығы /Всего	ШРК-дан жоғары /Выше ПДУ	Барлығы /Всего	ШРК-дан жоғары /Выше ПДУ	Барлығы /Всего	Рауалы шегі /Выше ПДУ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Діріл (Вибрация)				Қолданылған құралдардың атауы Наименование использованных приборов	Өлшеулер жүргізген мамандардың Т.А. Ә (болған жағдайда) және қолы Ф.И.О (при наличии) и подпись специалистов проводивших измерения	Хаттама алған адамның қолы Подпись лица, получившего протокол
Өлшеулер саны Количество замеров		Жергілікті Локальная				
Жалпы Общая	Жергілікті Локальная	Барлығы Всего	ШРК-дан жоғары Выше ПДУ			
Барлығы Всего	ШРК-дан жоғары Выше ПДУ	Барлығы Всего	ШРК-дан жоғары Выше ПДУ	17	18	19

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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 176/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Жеке дозиметрия нәтижелерін тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации результатов индивидуальной дозиметрии

Басталды (Начато) «__» _____ 20__ ж (Г)

Аяқталды (Окончено) «__» _____ 20__ ж (Г)

Тіркеу нөмірі	Күні, айы, жылы	Шаруашылық субъектісінің, ұйымның атауы	Дозиметрдің (кассетаның) нөмірі	Құралдың көрсеткіштері	Қайта есептеу коэффициенті	Мөлшер, мЗв	Дозиметрдің Қолы
---------------	-----------------	---	---------------------------------	------------------------	----------------------------	-------------	------------------

Регистраци- онный но- мер	Дата	Наименование хозяйствующе- го субъекта, организации	Номер дозимет- ра (кассеты)	Показания прибора	Коэффициент пересчета	До- за, мЗв	Подпись дозимет- риста
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы «__» _____

№__ бұйрығына

177-қосымша

Приложение 177

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от «__» _____ 2021 года

№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 177/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 177/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Радиобелсенділікті зерттеуге түсетін үлгіні және оларды

зерттеу нәтижелерін тіркеу

журналы

ЖУРНАЛ

регистрации образца, поступающих на исследование

радиоактивности и результатов их исследования

Басталды (Начато) «__» _____ 20__ ж (Г)

Аяқталды (Окончено) «__» _____ 20__ ж (Г)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Қабылданған күні Дата поступления	Үлгінің атауы Наименование образца	Алынған орны мен уақыты Место и время отбора	Үлгінің көлемі (салмағы) Объем (вес) образца	Қорабының сипаттамасы Характеристика упаковки	Зерттеу мақсаты Цель исследования	Үлгіні қабылдаған адамның қолы Подпись Принявшего образец
1	2	3	4	5	6	7	8

Зерттеу нәтижелері Результаты исследований									Дәрігер-зертханашының қолы және Аты жөні, Ф.И.О (при наличии) и подпись врача-лаборанта
Қосынды альфа-белсенділік Суммарная альфа-активность	Қосынды бета-белсенділік Суммарная бета-активность	Ra-226	Th-232	K-40	Cs-137	Sr-90	Pb-210	Басқа изотоптар Другие изотопы	
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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 178/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Радиометриялық зерттеулерді тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации радиометрических исследований

Басталды (Начато) «__» _____ 20__ ж (г)

Аяқталды (Окончено) «__» _____ 20__ ж (г)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тіркеу журналы- бойынша нөмірі	Талдау жүр- гізілген күн	Үлгіні- натауы	Зерттелген үлгінің салма- ғы(көлемі), (кг, л)	Есептік үлгінің салмағы (м)	Есептеу уақыты (с)
--	-----------------------------------	-----------------------------	-------------------	--	--------------------------------	--------------------------

	Номер по журналу регистрации	Дата проведения анализа	Наименование образца	Масса (объем) исследованной образца (кг, л)	Масса счетного образца (м)	Время счета(с)
1	2	3	4	5	6	7

Продолжение таблицы

Құралдың көрсеткіштері Показания прибора				Коэффициент Eff a	Коэффициент Eff b	Коэффициент Ktr	Үлгінің белсенділігі Альфа-активність	Бета-активність
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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 179/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Радиохимиялық зерттеулерді тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации радиохимических исследований

Басталды (Начато) «__» _____ 20__ ж (Г)

Аяқталды (Окончено) «__» _____ 20__ ж (Г)

Талдау жүргізілген күн	Үлгінің	Зерттеулетін	Анықтау әдісі	Зерттелінетін	Төсе-ніш	Та-су-шы-	Ыды-рау-ға	Қон-дыр-ғының	Аямен бірге үлгіні	Аяны есеп-теу	Үлгі-нің бел-	НҚ бой-ын-
------------------------	---------	--------------	---------------	---------------	----------	-----------	------------	---------------	--------------------	---------------	---------------	------------

Тір- кеу нө- мірі	Дата прове- дения ана- лиз		ата- уы На- име- но- ва- ние об- раз- ца	көр- сеткі- штер- дің тіз- бесі Пере- чень ис- сле- дую- щих пока- зате- лей	бой- ынша НҚ НД на ме- тод опре- деле- ния	үлгі- нің сал- мағы Вес ис- сле- дую- мой об- разца	сал- ма- ғы Вес под- лож- ки	ның шы- ғуы (в) Вы- ход но- си- те- ля (в)	бай- ла- ны- сты түзе- ту По- прав- ка на рас- пад	сезгіш- тігі Чув- стви- тель- ность уста- новки	есеп- теу жы- дамды- ғы Ско- рость счета пробы с фо- ном	жыл- дамды- ғы Ско- рость счета фона	сен- ділігі Ак- тив- ность про- бы	ша нор- ма- тив Нор- ма- тив по НД
	Ба- ста- луы На- ча- ло	Аяқ- та- луы Ко- нец												
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
ЖУРНАЛ
регистрации радиационного контроля и исследований**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж. (г).

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г).

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Объектінің атауы, мекенжайы	Өлшеулер жүргізілетін орын	Өлшеулер мекенжайы	Аймақтың табиғи гамма-аяның ЭМК (мкЗв/ч)	Дозаның өлшенген қуаты (мкЗв/час, н/сек)
--	-----------------------------	----------------------------	--------------------	--	--

	Наименование объекта, адрес	Место проведе- ния замеров	Цель из- мерения	МЭД естественного гамма- фона местности(мкЗв/ч)	Измеренная мощность дозы (мкЗв/час, н/сек) Еденнен жоғары (топы- рақтан) На высоте от пола (грун- та)		
					1,5м	1м	0,1м
1	2	3	4	5	6	7	8

ЭМҚ өлшеулері- нің жалпы саны Общее количество замеров МЭД	Ауадағы радонның өлшенген, тең салмақты, балама- лы, көлемді белсенділігі (Бк/м ³) Равновесная, эквивалентная, объемная активность радона в воздухе (Бк/м ³) Топырақ бетінен алынған радон ағымының өлшен- ген тығыздығы (мБк/ш.м.·сек) Измеренная плотность потока радона с поверхности грунта (мБк/м ² ·сек)	Радон өлшемінің жалпы саны Общее количество замеров радона	Маманның қолы және тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество и подпись специалиста
9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы «__» _____

№__ 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 181/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Жергілікті жерде гамма-фонды тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации гамма-фона местности

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж. (г).

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г).

Күні Дата	Өлшеу уақыты Время измерения	Дозаның қуаты мкЗв/сағ Мощность дозы, мкЗв/час	Ауа райы жағдайы туралы белгі Отметка о погодных условиях



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 20.08.2021
Сақтау күні 10.09.2021
Дата редакции 20.08.2021
Дата скачивания 10.09.2021

1	2	3	4
---	---	---	---

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы « » _____

№ _____ бұйрығына

182-қосымша

Приложение 182

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от « » _____ 2021 года

№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген №182/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 182/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Адамдардан алынған үлгілерді тіркеу және зерттеу нәтижелерін беру

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации образцов материала от людей и выдачи результатов исследований

Басталды (Начат) « _____ » _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) « _____ » _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1.

2.

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні, уақыты Дата, время		Үлгіні жіберген ұйым Организация, направившая образец	Үлгінің атауы Наименование образца	Тексерілетін адамның Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О (при наличии) обследуемого	Жасы Возраст	Тұрғылықты мекенжайы Адрес проживания	Жұмыс орны, лауазымы Место работы, должность	Диагноз, тексеріп қарау еселігі Диагноз, кратность обследования
	Үлгілер алу Отбора образца	Зертхана қабылдаған Поступления в лабораторию							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Ауырған күні Дата заболевания	Зерттеу мақсаты Цель исследования	Күні дата			Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты, лауазымы және қолы Фамилия имя отчество, должность и подпись лица, проводившего исследование
		Зерттеудің басталған Начала исследования	Зерттеудің аяқталған Окончания исследования	Нәтижелердің берілген Выдачи результатов		
11	12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы «__» _____

№ _____ бұйрығына

183-қосымша

Приложение 183

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от «__» _____ 2021 года

№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 183/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 183/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____</p>

**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 – НК):
Используемая нормативная документация (далее – НД):**

1.

2.

Күні Дата	Реттік нөмірі Порядковый номер	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тығыз орталарға тікелей себу Прямой посев наплотные среды		Қоректік ортадан себінді алу Высев со средьобогашения			Микроскопия
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Сәйкестендіруге арналған тесттер Тесты для идентификации												
Лактоза	Глюкоза	Күкірт сутек Сероводород	Уреаз	Индол	Қозғалғыштығы Подвижность	Маннит	Сахароза	Симонс-цитраты Цитрат Симонса	Кристенс-цитраты Цитрат Кристенса	Ацетат	Фенилаланин	Лизин
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Сәйкестендіруге арналған тесттер Тесты для идентификации										
Малонат	Дульцит	Сорбит	Арабиноз	Ксилоз	Рамноз	Трегалоз	Мальтоз	Фогес-Проскауэрреакциясы Фогес-Проскауэра	Реакция	Реакция сметиловым красным
23	24	25	26	27	28	29	30	31		32

Продолжение таблицы

Сәйкестендіруге арналған тесттер Тесты для идентификации					Антигенді-құрылым Антигенная структура	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы Дата окончания исследования Ф.И.О (при наличии), подпись лица, проводившего исследование
Нитраттардың қалыңдығына келуі Восстановление нитратов	Аргинин	Орнитин	Инозит	Фаголизис			
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 _____ ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 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 Рост на плотных питательных средах	Микроскопия
1	2	3	4	5	6	7	8

Ұқастыру тесттері Тесты идентификации														Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы. Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись проводившего исследование
Лецитиназ	Пигмент	Глицерин	Маннит	Мальтоз	Малтоз	Галактоз	Триглицерид	Фосфатаз	Каталаза	Коггулаза	Үлпектің түзілуі хлопьеобразование	Гемоллиз	Фогес-Проскауэр-эрекциясы Реакция Фогес-Проскауэра		
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 органа 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.)

Пайдаланылған нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НҚ)

Используемая нормативная документация (далее - НД)

1.

2.

Күні Дата	Реттік нөмірі Порядко- вый номер	Тіркеу нөмірі Регистрацион- ныйт номер	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество об- следуемого					Жа- сы Воз- раст	Жұмыс орны, мекен-жайы Место работы, до- машний адрес			Үлгіні жіберген ұйым Организация, направив- шая образец	
1	2	3	4					5	6			7	
Коректену ортасы, өсу сипаты Питательная среда, характер ро- ста		Микро- скоппен зерттеу Микро- скопия	Глю- коза	Са- ха- ро- за	Крах- мал	Уре- аза	Ци- сти- на- за	Маль- тоза	Кси- лоза	Гли- ко- ген	Фрук- тоза	Нит- рат- тар дың нит- рит терге то- тық- сыз да- нуы Вос- ста- нов ле- ние нит- ра- тов в нит- риты	
8		9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	

Продолжение таблицы

Уыттандыру қасиеттері Токсигенные свойства			Зерттеу нәтиже- лері	Зертеу жүргізген адамның аты, әкесінің аты (болған жағдайда) , лауазымы және қолы
Тест Элека через 20 часов 20 сағаттан кейін жүргізілген Элек тесті	Тест Элека через 48 часов 20 сағаттан кейін жүргізілген Элек тесті	ме- тод ПЦР ПТР әдісі	Результаты иссле- дования	Фамилия, имя, отчество(при наличии), должность и 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 186/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Кенелердің, жәндіктердің түрлік тиістілігін анықтауды тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации определения видовой принадлежности клещей, насекомых.

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистра- ционный номер	Жиналған кенелер Собрано клещей		
	Барлығы	Кенелердің түрі	Тексерілген қорлар саны



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 20.08.2021
Сақтау күні 10.09.2021
Дата редакции 20.08.2021
Дата скачивания 10.09.2021

	Всего	Виды клещей	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

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №187/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 187/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__</p>

Көкжөтел мен көкжөтелге ұқсас ауруларға жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации микробиологических исследований на коклюш и паракклюш

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылған нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НҚ)

Используемая нормативная документация (далее - НД)

1.

2.

Күні Да- та	Тіркеу нөмірі Регистрацион- ный номер	Тексерілуші адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), Фамилия, имя, отчество (при наличии), обследуемого	Жа- сы Воз- раст	Жұмыс немесе оқу орны, мекен-жайы Место работы или учебы, домашний адрес	Дифференциалды ор- таларда өсуі Рост надифференци- альных средах	
1	2	3	4	5	6	7

Мик- ро- скоп- пен зерт- теу Мик- роско- пия	Уре- аза	Қара- пай- ым агар- дағы өсуі Рост на про- стом агаре	Ти- ра- зинді ЕПА- да өсуі Рост наМ- ПА с тира- зи- ном	Қоз- ғалғы- штығы По- движ- ность	Цитрат- ты жоюы Утилиза- ция цит- рата	Сероло- гиялық типтеу Сероти- пирова- ние	Зерт- теу нәти- жесі Ре- зульт- тат ис- сле- дова- ния	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 Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №188/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 188/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Менингококкқа жүргізілетін микробиологиялық зерттеулерді тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации микробиологических исследований на менингококк

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылған нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НҚ)

Используемая нормативная документация (далее - НД)

1. _____

Күні Дата	Тір- кеу нөмі- рі Реги- стра- цион- ный но- мер	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдай- да), жасы Фамилия, имя, от- чество (при наличии), возраст обследоуе- мого	Жұ- мыс ор- ны, ме- кен- жайы Место рабо- ты, до- маш- ний ад- рес	Үлгіні жіберген ұйым Органи- зация, напра- вившая образец	Мик- ро- ско- пия	Өсуі (Характер роста на):				
						37°С сары- сулы агарда	37°С сары- сусыз агарда	20-22° С са- рысу- лы агарда	0,2% өтті агарда, 37° С сарысу агарында	0,2% желчном агаре сы- вороточ- ном при 37°С
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Сәйкестендіруге арналған тесттер (Тесты для идентификации)										Се- ро- ло- гия- лық тип- теу	Зерт- теу нәти- жесі Ре- зуль- тат ис- сле- дова- ния	Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы және қолы. Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при наличии), , должность и подпись лица, проводившего исследование.
Пиг- мент- тің түзілуі Обра- зова- ние пиг- мента	Кап- су- ла- ның бол- луы На- ли- чие кап- су- лы	Ок- си- да- за	Ка- та- ла- за	Глю- коза- ның / Глю- коза	Лак- то- за- ның / Лак- тоза	Маль- тоза- ның / Маль- тоза	1% са- ха- роза	Фрук- тоза- ның / Фрук- тоза	5% -ды са- хароза ерігінділі агарда по- лисахарид- тің түзілуі Образова- ние поли- сахарида на агаре с 5 % рас- твором са- харозы			
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

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 189/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 189/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____</p>

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.

Сына- ма- лар но- мірі Но- ме- ра проб	Тір- кеу но- мірі Реги- стра- ци- он- ный но- мер	Күні, уақыты Дата, время			Үлгінің ата- уы, алын- ған орны, алған адам- ның лауазы- мы, Т.А.Ә (болған жағ- дайда) Наименова- ние образца, место отбо- раФ.И.О (при нали- чии) ото- бравшего образец	МАШАнМС КМАФанМ		Ішек таяқшалары тобындағы бактериялар Бактерии группы кишечных палочек (БГКП) и E.coli						
		Алын- ған Отбо- ра	Зерт- хана ка- был- дан- ған По- ступ- ле- ния в лабо- рато- рию	Зерт- те- удің ба- стал- ған На- чало ис- сле- до- ва- ния		Се- бу кө- лемі За- се- вае- мый объ- емы	Өс- кен коло- ния- лар- дың саны Ко- личе- ство вы- рос- ших коло- ний	Се- бу кө- лемі За- се- вае- мый объ- ем	Жи- налу орга- сын- да өсуі Рост на сре- дах на- коп- ле- ния	Эн- до ор- та- сын- да өсуі Рост на сре- де Эн- до	Мик- ро- ско- пия	Сәйкесте ндіру тесттері Тесты идентифика- ции		
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 оргаларын- дағы себілетін кө- лем Засеваемый объем на среды накопле- ния	Тығыз коректе- нуортасында өсуі Рост на плот- ных средах	Мик- ро- ско- пия	Ок- си- да- за	Лак- тоза	Глю- коза	Күкіртсу- тек / Серо- водород	Уре- аза	Қоз- ғалғы- штығы / По- движ- ность	Ин- дол	Цит- рат- ты жою Ути- лиза- ция цит- рата	Лизин- де- карбок- 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
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 190/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 190/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Су үлгілеріне жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации микробиологических исследований образцов воды

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1.

2.

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні, уақыты Дата, время			Үлгі алынған орын, объект Объект, место отбора образца	Зерттеу мақсаты Целисследования	МЖС(микробтардың жалпы саны) ОМЧ (общее микробное число)	
		Алынған Отбора	Зертхана қабылдаған поступления в лабораторию	Зерттеудің басталуы Начало исследования			Себу көлемі Засеваемый объем	Өскен колониялардың 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 клостридиялар Сульфитредуцирующие клостридии		
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 өсу 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	Тығызортада өсуі Рост на плотных средах	Микроскопия	Плазмакоагуляция	Себу көлемі Засеваемый объем	Тығыз орталарда өсуі Ростна плотных средах	Микроскопия	Оксидазалы тест Оксидазный тест
22	23	24	25	26	27	28	29

*Кестенің жалғасы
Продолжение таблицы*

Патогенді энтеробактерияларға зерттеу Исследование на патогенные энтеробактерии										
Себу көлемі	Тығыз орталарда өсуі	Микроскопия	Оксидаза	Лактоза	Глюкоза	Күкіртсутегі	Уреаз	Қозғалғыштығы	Цитратты жою	Маннит

Засеваемый объем	Ростна плот- ных средах					Серово- дород		Подвиж- ность	Утилизация цитрата	
30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40

Продолжение таблицы

Патогенді энтеробактерияларға зерттеу Исследование на патогенные энтеробактерии								Зерттеу нәтижесі	Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы, зерттеу жүргіз- ген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), колы Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись лица, проводившего исследо- вание
Рам- ноза	Ра- фи- но- за	Маль- тоза	Дуль- цит	Кси- лоза	Ли- зин	Ар- ги- нин	Ор- ни- тин	Результат исследо- вания	
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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 191/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Топырақ үлгілерін микробиологиялық зерттеулерді тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации микробиологических исследований образцов почвы

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НК)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1.

2.

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	үлгінің атауы, алынған орны Наименование образца, место отбора	Коли-титрді анықтау Определение коли-титра					Cl.perfringens титрін анықтау Определение титра Cl.perfringens			МАШАнМ анықтау Определение МАФAnM	
			Себу көлемі Засеваемые объемы	Эндо ортасында өсу сипаты Характер роста на Эндо	Микро-скопия	Оксидаза	Глюкозадағы газ / газ в глюкозе	Себу көлемі Засеваемые объемы	Вильсон-Блер ортасында өсу сипаты Характер роста на среде Вильсон-Блер	Микро-скопия	Себу көлемі Засеваемые объемы	Өскен колониялардың саны Количество выросших колоний
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Энтерококкты анықтау Определение энтерококка				Стафилококка зерттеу: Исследование на патогенный стафилококк						
Себу көлемі Засеваемые объемы	МИС-та өсу сипаты Характер роста на МИС	Микро-скопия	Ката-лаза	Себу көлемі Засеваемые объемы	Тығызорталарда өсуі Рост на плотных средах	микро-скопия	плазма-коагулаза	Себу көлемі Засеваемые объемы	Тығызорталарда өсуі Рост на плотных средах	Микро-скопия
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Патогенді микрофлораны анықтау Определение патогенной микрофлоры									
Тікелей себу Прямой посев					Қоректік ортадан қайта себу Высев со среды обогащения				
Себу көлемі Засеваемые объемы		Эндо	SS-агар	BCA	Себу көлемі Засеваемые объемы		Эндо	SS-агар	BCA
25		26	27	28	29		30	31	32

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Сәйкестендіру тесттері Тесты идентификации											
		Күкіртсутек /Сероводород	Уре-аза	Лак-тоза		Ин-дол	Симонс цитраты		Са-ха-	Натрий ацетаты	Фенилаланин-дезаминаза

Микроскопия	Оксидаза				Глюкозадағы газ Газ в глюкозе		Цитрат Симонса	Қозғалғыштығы Полдвимость	роза	Ацетат натрия	
33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44

Продолжение таблицы

Сәйкестендіру тесттері Тесты идентификации						Зерттеу нәтижесі Результатиследования	Талдау аяқталған күн, айы, жылызерттеужүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы және қолы. Дата окончания анализа, фамилия имя отчество (при наличии), должность и подпись лица, проводившего исследование
Лизин	Фогес-Проскауэр реакциясы Реакция Фогес-Проскауэра	Нитраттардың қалпына келуі Восстановление нитратов	Аргинин	Орнитин	Рамноза		
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
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код 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 № 192/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 192/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Шайындыларға жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации микробиологических исследований смывов

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

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

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №193/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 193/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____</p>

Ауа үлгілеріне жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации микробиологических исследований образцов воздуха

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1.

2.

Тір-кеу нөмірі Регистрационный номер	Үлгі-лу күні, уақыты Дата, время отбора образца	Үлгі алынған ұйым, орын Организация, место отбора образца	Үлгі алынған жер Место отбора образца	МЖС-ын (микробтың жалпы санын) тексеру: Исследование на ОМЧ (общее микробное число)		Стафилококка тексеру: Исследование на стафилококки:				
				Экспозициясы, жыл-дамдығы Экспозиция, скорость Жіберілген ауаның көлемі Объем пропущенного воздуха	Колониялардың жалпы саны Общее число колоний	Экспозициясы, жыл-дамдығы Жіберілген ауаның көлемі	Колониялардың жалпы саны Общее число колоний	Лецитиназа	Микроскопия	Плазмакоагуляция
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Өнезге тексеру: Исследование на плесень		Зерттеу нәтижелері Результаты исследования			Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы. Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись лица, проводившего исследование.
Экспозициясы, жыл-дамдығы Экспозиция, скорость Жіберілген ауаның көлемі Объем пропущенного воздуха	Колониялардың жалпы саны Общее число колоний	1 мi микроорганизмдер саны Количество микроорганизмов в 1 мi			
		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

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код 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 №194/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 194/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №

**Дәрілік (дәріханалық) түрлерге жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді
тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации микробиологических исследований лекарственных (аптечных)
форм**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1.

2.

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Үлгі алынған ұйым, орын Организации, место взятия образца	Үлгінің атауы, ыдысы, қорабы, белгі қойылуы, үлгілер саны Наименование образца, тара, упаковка, маркировка, число образцов	Зерттеу: / Исследование на:							
				КМАФАнМ		Enterobacteriaceae			E.coli		
				Себу көлемі Засеваемый объем	Өскен колониялардың саны Количество выросших колоний	Себу көлемі Засеваемый объем	Қоректік ортада өсу сипаты Характер роста на среде	микроскопия	Себу көлемі Засеваемый объем	Қоректік ортада өсу сипаты Характер роста на среде	Микроскопия
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

Зерттеу: / Исследование на:								
S.aureus		Ps.aeruginosa			Salmonella		Зең және ашытқы саңырауқұлақтары Плесневые и дрожжевые грибки	
Себу көлемі Засеваемый объем	Қоректік ортада өсу сипаты Характер роста на среде	Себу көлемі Засеваемый объем	Қоректік ортада өсу сипаты Характер роста на среде	оксидазды тест оксидазный тест	Себу көлемі Засеваемый объем	Қоректік ортада өсу сипаты Характер роста на среде	Себу көлемі Засеваемый объем	Қоректік ортада өсу сипаты Характер роста на среде
13	14	15	16	17	18	19	20	21

Продолжение таблицы

Зерттеу: / Исследование на:						Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты, (болған жағдайда), лауазымы және қолы Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при наличии), должность и подпись лица, проводившего исследование
Анаэробтар Анаэробы			Аэробтар Аэробы				
Себу көлемі Засеваемый объем	Жиналу ортасында өсуі Рост на средах накопления	микроскопия	Себу көлемі Засеваемый объем	Жиналу ортасында өсуі Рост на средах накопления	Микроскопия		
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 органа 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 Регистрационный номер	Күні дата	Үлгі алынған орын, ұйым Организация, место взятия образца	Үлгіні өңдеу және себу жүргізілген күн, Обработка образца и дата посева	Зерттеу: / Исследование на:			
				Анаэробтар Анаэробы		Аэробтар Аэробы	
				Қоректену орталарындағы өсу сипаты Характер роста на питательных средах	Морфология	Қоректену орталарындағы өсу сипаты Характер роста на питательных средах	Морфология
1	3	4	5	6	7	8	9

Зең және ашытқы саңырауқұлақтары Плесневые и дрожжевые грибки		Морфология	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), және колы Дата окончания исследования. Фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись лица, проводившего исследование
Қоректену орталарындағы өсу сипаты Характер роста на питательных средах	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 _____ ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №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 образцов, культур)	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
				Күнбасталар алдында К началу дня	Себінді Посеяно	Жойылды Уничтожено	Күннің соңына қарай К концу дня	Күнбасталар алдында К началу дня	Жұқтырғаны Заражено	Өлгені немерсе жойылғаны Погибло или уничтожено	Күннің соңына қарай К концу дня	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «___» _____
№___ бұйрығына
197-қосымша
Приложение 197
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «___» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ №___ бұйрығымен бекітілген №197/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 197/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года №___

Бөлінген Өсірінділерді және оларды жоюды есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета выделенных культур и их уничтожения

Басталуы (Начат) «___» _____ 20___ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) «___» _____ 20___ ж.(г.)

Штамм-ның нө-мірі	Өсірінді-лердің ла-тын тран-	Бөлі-ну күні	Бөлі-ну көзі	Үлгі алынған мекен-	Бөлі-ну әдісі		Штамм-ның биотүрі	Штамм-ның та-рихы**	Жоюды есепке алу күні, зерттеу жүргіз-ген адамның Т.А.Ә
-------------------	------------------------------	--------------	--------------	---------------------	---------------	--	-------------------	---------------------	---

Реттік нөмірі Порядковый номер	Номер штамма	скрипция сындағы атауы аименование культуры в латинской транскрипции	Дата выделения	Источник выделения	жай және күні Адрес и дата взятия образца	Способ выделения	Штаммның типтілігі * Типичность штамма*	Биотип штамма	Судьба штамма**	(болған жағдайда), қолы Дата уничтожения Ф.И.О (при наличии), подпись проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

* - өсірінді сәйкес келмесе, мына белгілерін көрсетіңіз (при атипичности указать эти признаки):

** - жойылу, күні, акт №; мұражайға, коллекцияға, орталыққа және т. б. берілген күні, (уничтожение, дата, № акта; передан в музей, коллекцию, центр и так далее, дата)

I-II топтағы өсірінділер үшін жойылған немесе сақтауға берілген объектілердің санын көрсетіңіз (для культур I-II групп указать количество объектов, уничтоженных или переданных на хранение)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «___» _____
№___ бұйрығына
198-қосымша

Приложение 198
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «___» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ №___ бұйрығымен бекітілген №198/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 198/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____</p>

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 құжаттаманың 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 199/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

**Өсірінділер мен ұыттарды ұйымнан тыс босатуды есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета отпуска культур и токсинов за пределы организации**

Басталуы (Начат) «___» _____ 20___ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) «___» _____ 20___ ж

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1.

2.

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Талап түскен күн Дата поступления Требования	Талап берген ұйым Организация направившее требование	Жіберілген Өсірінді атауы (штаммының немесе токсиннің нөмірі) Наименование отпущенной культуры (номер штамма или токсина)	Өсірінділер салынған сыйымдылықтардың саны (қаптама түрі) Количество отпущенных емкостей с культурами (вид упаковки)	Өсіріндінің жіберілген күні. Шығыс құжаттаманың нөмірі Дата отпуска культур. Номер исходящей документации	Өсіріндіні алған адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), сенімхаты, жеке куәлігінің нөмірі Ф.И.О (при наличии). получившего культуры, достоверность, 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

Приложение 200
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от «___» _____ 2021 года
 № _____

Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ №___ бұйрығымен бекітілген №200/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 200/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года №___

**Қоректік ортаны дайындау және бақылауды тіркеу
 ЖУРНАЛЫ
 ЖУРНАЛ
 регистрации приготовления и контроля питательных сред**

Басталуы (Начат) «___» _____ 20___ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) «___» _____ 20___ ж

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

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 Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 201/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

Мұражайлық өсірінділер қозғалысын есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета движения музейных культур

Басталуы (Начат) «___» _____ 20___ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) «___» _____ 20___ ж. (г.)

Микроб- тың латын транскрип-	Ерекше атаула- ры	Штамм нөмірі		Бө- лі- ну	Бө- лі- ну	Зерттеу жүргізген адамның Т.	Штамм- ды жібер- ген ұйым-	Штамм бар ыдыс-	Түс- кен күні	Штам- мы жою	Ес- керт- пе
------------------------------------	-------------------------	-----------------	--	------------------	------------------	------------------------------------	----------------------------------	-----------------------	---------------------	--------------------	--------------------

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 уакыты Дата и время по- сещения		Келушінің Т.А.Ж. Ф.И.О. посе- тителя	Жұмыс орны Место работы	Келу мақ- саты Цель посе- щения	Ілесуші адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), лау- азымы, қолы Ф.И.О (при наличии), должность, подпись со- провождающего 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
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 №203/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 203/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года №___

Қоршаған ортадан іріктелген үлгілерді тіркеу және зерттеулер нәтижелерін беру
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации образцов из окружающей среды и выдачи результатов исследований

Басталуы (Начат) «___» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «___» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1.

2.

Тір-кеу нөмірі Регистрационный номер	Күні, уақыты Дата, время		Үлгінің атауы Наименование образца	Саны, көлемі, қорабы Количество, объем, упаковка	Объектінің атауы, орналасқан жері, үлгі іріктеуді жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы Наименование, место нахождение объекта, Ф.И.О (при наличии), должность специалиста производившего отбор	Үлгіні жеткізген ұйым мен маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы Организация и Ф.И.О (при наличии), должность специалиста, доставившего образец	Зерттеу мақсаты Цель исследования
	Үлгілердің іріктеу отбора образцов	Зертханаға келіп түсуі Поступления в лабораторию					
1	2	3	4	5	6	7	8

Зерттеу басталған күн Дата начала исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования				Зерттеу аяқталған күн Дата окончания исследования	Зерттеу жүргізген адамның қолы (Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы) Подпись проводившего исследование (Ф.И.О (при наличии), должность)	Зерттеу нәтижесін алу күні және алған адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы Дата и Ф.И.О (при наличии), подпись получившего результат исследования
	Бактериологиялық Бактериологического	Серологиялық Серологического	Биологиялық Биологического	Генетикалық Генетического			
9	10	11	12	13	14	15	16

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «___» _____
№___ 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 204/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

**Қалбырдағы тағамдарға жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации микробиологических исследований консервов**

Басталуы (Начат) «___» _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «___» _____ 20___ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1.

2.

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Өнімнің атауы, алынған сынаманы қайдан және кім әкелген Наименование продукта, откуда доставлен и кем взят образец	Себу көлемдері Засеваемые объемы	Себілген көлемдер мөлшері Количество засеянных объемов	Микроорганизмдердің жалпы санын анықтау Определение общего количества микроорганизмов	МАШАНМ-ді анықтау Выявление МАФАНМ		
						Грам әдісі бойынша микроскопия Микроскопия по Граму	Каталаздық белсенділігі Каталазная активность	Спорангийлердің сипаты Характер спорангии
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Міндетті мезофилді анаэробтарды 5-30 тәулікте анықтау Выявление мезофильных облигатных анаэробов 5-30 суток	Жылу сүйгіш аэробты және факультативтік анаэробты микроорганизмдерді анықтау Выявление термофильных аэробных и факультативных анаэробных микроорганизмов	Жылу сүйгіш анаэробты микроорганизмдерді анықтау Выявление термофильных анаэробных микроорганизмов	Ботулин уытын анықтау Выявление ботулинических токсинов	Ботулизм коздырғышын анықтау Выявление возбудителя ботулизма	Басқа зерттеулер Другие исследования	Зерттеу нәтижелері Результат исследования	Зерттеу аяқталған күні, айы, жылы Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы Дата окончания исследования Ф.И.О (пр и наличии), подпись лица, проводившего исследование	Грам әдісі бойынша микроскопиясы Микроскопия по Граму
10	11	12	13	14	15	16	17	18
Каталаздық белсенділігі Каталазная активность	Спорангийлердің сипаты Характер спорангии	Сульфидті түзу мүмкіндігі Сульфит редуцирующая способность	Кокктардың, ашытқылардың және басқалардың болуы					

			Наличие кокков, дрожжей и других					
19	20	21	22					

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «___» _____
№___ бұйрығына
205-қосымша

Приложение 205
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «___» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды</p> <p>Код формы по ОКУД _____</p> <p>КҰЖЖ бойынша ұйым коды</p> <p>Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі</p> <p>Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____</p> <p>№___ бұйрығымен бекітілген № 205/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы</p> <p>Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 205/у</p> <p>Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года №___</p>

**Пайдаланылған материалды зарарсыздандыруды тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации обеззараживания отработанного материала**

Басталуы (Начат) «___» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «___» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1.

2.

Күні Да- та	Автоклав- тың мар- касы, нө- мірі Марка, номер ав- токлава	Зарарсыздан- дырылатын бұйымдар		Қап- та- ма- сы Упа- ков- ка	Зарарсыздан- дыру уақы- ты, минут- пен Время обез- зараживания в мин.		Режим Режим		Бақылау тесті Тест-контроль			Маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы және қолы Ф.И.О (при наличии), долж- ность и подпись специали- ста, проводившего обеззара- живание
		Обеззаражи- ваемые изде- лия	Ата- уы На- име- нова- ние		Са- ны Ко- ли- че- ство	Ба- ста- луы На- чало	Аяқ- та- луы Ко- нец	Қы- сы- мы Дав- ле- ние	Қы- зуы Тем- пе- ра- тура	Био- ло- гия- лық Био- ло- ги- че- ский	Тер- мия- лық Тер- ми- че- ский	
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
от «___» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код 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 № 206/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 206/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

Адамдардан іріктелген үлгілерді тіркеу мен оларды аса қауіпті және зоонозды инфекцияларға серологиялық зерттеудің нәтижелерін беру

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации образцов и выдачи результатов серологических исследований образцов от людей на особо опасные и зоонозные инфекции

Басталуы (Начат) «___» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «___» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1.

2.

Тіркеу нөмірі Регистраци- онный номер	Күні, уақыты Дата, время		Тексерілушінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), Ф.И.О (при наличии) обследуемого	Жа- сы Воз- раст	Тұрғылық- ты мекен жайы Адрес про- живания	Жұмыс ор- ны, лауазы- мы Место рабо- ты, долж- ность	Ди- а- гно- зы Ди- а- гноз	Зерттеу мақсаты Цель ис- следова- ния
	Үлгіні зертхана- ға кабылдау Поступ- ления образца в лабора- торию	Зерттеудің басталған Начала ис- следования						
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Пассивті гемагглютинация реакциясы (ПГАР)

Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на:

ОЗ иерси- ниозға	О9 иерси- ниозға	Жалған туберку- лезге	Кристенсе- ни иерсини- озы	Ли- сте- риоз- ға	Лепто- спи- розға	Пасте- рел- лезге	Күй- діргіге Си- бир- скую язву	Туля- реми- яға	Са- рып- ка	Бөрт- пе сүзек- ке	Қосымша инфекциялар Дополни- тельные ин- фекции
ОЗ иерси- ниоз	О9 иерси- ниоз	Псевдоту- беркулез	иерсиниоз Кристенсени	Ли- сте- риоз	Лепто- сприоз	Пасте- реллез		Туля- ре- мию	Бру- цел- лез	Сып- ной тиф	
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Сарыпқа

На бруцеллез

Риккетсиозға жүргізілетін ком-
плементті байлау реакциясы
(КБР)

Реакция связывания comple-
мента (РСК) на риккетсиоз:

Лептоспироз анти-
генімен жүргізілген
РМА

РМА с лептоспироз-
ным антигеном

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә
(болған жағдайда), лауазымы және қолы
Ф.И.О (при наличии), должность и под-
пись специалиста, проводившего иссле-
дование

Хеддль-
сон реак-
циясы

Реакция
Хеддль-
сона

Роз-
Бен-
гал

үлгісі
Про-
ба
Роз-
Бен-
гал

Райт
реак-
циясы

Реак-
ция
Райта

Бер-
нет

Сибир-
рик

Му-
зер

Про-
вачек

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

ЖУРНАЛ

регистрации биологических исследований

Басталуы (Начат) «___» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «___» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1.

2.

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Жануарлар түрі Вид живот- ных	Жұқтыру күні Дата зара- жения	Жұқтыру жо- лы Способ зара- жения	Биологиялық сынама- ның нәтижесі Результат биологической пробы		Патологоанатомиялық кар- тина Патологоанатомическая картина
				Өлгені Пало	Өлтірілгені Убито	
1	2	3	4	5	6	7
Жағындыларды, ішкі органдарды микро- скоппен қарау Микроскопия маз- ков, отпечатков внут- ренних органов	Ішкі органдарды мик- робиологиялық зерт- теу Микробиологическое исследование внутрен- них органов	Ішкі органдарды се- рологиялық зерттеу Серологическое ис- следование внутрен- них органов	Зерттеу нәтиже- сі Результ- тат ис- следова- ния	Зерттеу аяқталған күн Дата окон- чания ис- следова- ния	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), ко- лы Ф.И.О (при наличии), под- пись специалиста, проводив- шего 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 208/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года №___

**Иммундық-биологиялық препараттардың белсенділігін бақылау
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
контроля активности иммунобиологических препаратов**

Басталуы (Начат) «___» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «___» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1.

2.

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Иммунобиологиялық препараттың атауы Наименование иммуно-биологического препарата	Иммунобиологиялық препараттың сериясы мен шығарылған күні Серия и дата изготовления иммуно-биологического препарата	Жарамдылық мерзімі Срок годности	Бақылау күні Дата контроля	Препарат белсенділігінің жұмыс титрі Рабочий титр активности препарата	Препараттың жарамдылығы туралы қорытынды Заключение о пригодности препарата	Бақылау жүргізген адамның Т.А.Ә (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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 209/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

**Дезинфекциялауды (шайындыларды) зертханашілік бақылау
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
внутрилабораторного контроля качества дезинфекции (смывы)**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1.

2.

Тіркеу нөмірі Регистраци- онный номер	Күні, айы, жылы Дата, месяц, год	Нысанның атауы Наименова- ние объекта	Шайынды алынған орын Место взя- тия смыва	Стафилококкқа тексеру						
				Исследование на стафилококк						
				Орталар- дың атауы Наимено- вание сред	Сәйкестендіруге арналған тесттегілер					
Тесты для идентификации										
				орга- да өсуі рост на среде	леци- тина- за	Мик- роско- пия	Плазма- коагулаза	Ман- нит	Маль- тоза	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

ІТГБ-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 сред	Сәйкестендіруге арналған тесттер Тесты для дентификации			Орталардың атауы Наименование сред	Сәйкестендіруге арналған тесттер Тесты для идентификации												
	ор- тада өсуі рост на среде	Тығы- зоргада өсуі Рост на плот- ных сре- дах	Мик- ро- ско- пия														
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 органа 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 Регистрационный номер	Үлгіні алу күні, айы, жылы, уақыты Дата, время отбора образца	Үлгіні алу орны Место отбора образца	Үлгіні алу әдісі Метод отбора образца	ЖМС зерттеу: Исследование на ОМЧ		Стафилококкқа зерттеу: Исследование на стафилококки:				
				Экспозициясы, жылдамдығы Жіберілген ауаның көлемі Экспозиция, скорость Объем пропущенного воздуха	Колониялардың жалпы саны Общее число колоний	Экспозициясы, жылдамдығы Жіберілген ауаның көлемі Экспозиция, скорость Объем пропущенного воздуха	Колониялардың жалпы саны Общее число колоний	Лепити-на-за	Микро-ско-пия	Плаз-ма-коа-гуля-ция
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 м ³ -гі микроағзалардың саны Количество микроорганизмов в 1 м ³			
		Жалпы Общее	Алтын түстес стафилококк Золотистый стафилококк	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 Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 211/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 211/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года №___

**Адамдардан іріктелген үлгілерді серологиялық зерттеулерді тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации серологических исследований образцов от людей**

Басталуы (Начат) «___» _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «___» _____ 20 ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НК):

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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 212/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

Адамдардан іріктелген материал үлгілерінің микробиологиялық зерттеулерін тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации микробиологических исследований образцов материала от людей
_____ (инфекция түрі) (вид инфекции)

Басталуы (Начат) «___» _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) « ___ » _____ 20 ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НК):

Используемая нормативная документация (далее - НД):

1.

2.

Тіркеу нөмірі	Үлгініжі-берген ұйымның атауы	Күні, айы, жылы		Зерттелушінің Т.А.Ә (болған жағдайда), Ф.И.О (при наличии) обсле-дуемого	Жасы	Мекен-жайы	Жұмыс орны, лауазымы	Диагнозы, ауырған күні, айы, жылы	Зерттеу мақсаты	Зерттелінетін материал	Зерттеу нәтижелері	Нәтиже берілген күн, ай, жыл	Зерттеу жүргізген адамның қолы, тегі, аты, әкесінің аты
		Дата, месяц, год	Зертхан-амен қа-былдан-ған										
Регистра-цион-ный номер	Наименование органи-зации, на-правившей образец	Үл-гінің алын-ған	Зерт-хан-амен қа-былдан-ған			Адрес про-жи-вания	Место ра-боты, долж-ность	Диа-гноз, дата забо-лева-ния	Цель ис-сле-дова-ния	Ис-сле-дуем-ый мате-риал	Резуль-тат ис-сле-дова-ния	Дата выда-чи ре-зультата	Фа-ми-лия имя отче-ство,, под-пись лица про-во-див-шего ис-сле-дова-ние
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
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 № 213/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 213/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

_____ зерттеуге арналған үлгілерді тіркеу
(инфекция түрін)
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации образцов для исследования на _____
(вид инфекции)

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НК):

Используемая нормативная документация (далее - НД):

1.

2.

Тіркеу нөмірі Регистрацион- ный номер	Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество об- следуемого	Жа- сы Воз- раст	Үлгі жіберген ұйым Организация, направив- ший образец	Диагнозы, негізгі белгілері Диагноз, основные симптомы	Екпелер туралы деректер Сведения опри- вивках
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

Зерттелі- нетін үлгі Исследо- мый обра- зец	Зерттеу күні Дата ис- следова- ния	Жасауша- лар сызығы Линия клеток	Зерттеу нәтижесі Результат исследо- вания	Жауап жіберіл- ген 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	Түскен күні,	Өсірінділерді жіберген ел	Қабылдау нөмірі немесе шифры көрсетілген штаммның атауы	Штамм салынған ыдыстар саны	Бірге берілетін құжаттама		Ескерту
---------------	--------------	---------------------------	---	--------------------------------	---------------------------	--	---------

Регистрационный номер	айы, жылы Дата поступления	Страна, передаваемая культура	Наименование штамма с поступающей нумерацией или шифром	Количество емкостей с поступившем штаммом	Сопроводительная документация	Өсіріндіні қабылдаған адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы, қолы Ф.И.О (при наличии), должность, подпись, получившего культуру	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
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 № 215/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 215/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

_____ қарсы иммунитетті анықтауға арналған үлгілерді тіркеу
инфекция түрі)
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации образцов для определения иммунитета

к _____

(вид инфекции)

Басталуы (Начат) «___» _____ 20___ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) « ___ » _____ 20___ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тексерілушінің тегі, аты, әкесінің аты Фамилия имя отчество, обследуемого	Жасы Возраст	Үлгіні жіберген ұйым Организация направившая образец	Үлгі жеткізілген күн Дата доставки образца	Зерттеу жүргізілген күн Дата проведения исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы, қолы Фамилия имя отчество (при наличии), должность, подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «___» _____
№___ бұйрығына
217-қосымша
Приложение 217
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 № 217/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 217/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

**Штамдарды сәйкестендіру нәтижелерін есепке алу
журналы
Журнал
учета результатов идентификации штаммов _____**

Басталуы (Начат) «___» _____ 20___ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) «___» _____ 20___ ж.(г.)

Тіркеу нөмірі	Зерттеу күні, айы, жылы	Зертханалық үлгі	Штаммның сипаты Характеристика штамма	Диагностикалық эталондық сарысулар	Жұмысшы араластыру
---------------	-------------------------	------------------	--	------------------------------------	--------------------

Регистрационный номер			Дата исследования			Лабораторная модель						Вирус дозы вируса			Диагностические эталонные сы-воротки			Рабочее разведение		
1			2			3			4			5			6			7		
Бақылау күндері						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								
Дни наблюдения																				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	

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

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ №___ бұйрығымен бекітілген №218/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 218/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____</p>

(инфекция түрі)

**вирусологиялық зерттеулерді тіркеу
журналы**

Журнал

регистрации вирусологических исследований на

(вид инфекции)

Басталды (Начат) « ___ » _____ 20__ ж.(Г.)

Аяқталды (Окончен) « ___ » _____ 20__ ж.(Г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Жасушалар сызығы Линия клеток	Алғашқы жұқтыру Первичное заражение			Бірінші пассаж Первый пассаж			Екінші пассаж Второй пассаж	
		Күні, айы, жылы дата, ме- сяц, год	Нәти- же ре- зульт- тат	Бақы- лау Кон- троль	Күні, айы, жылы дата, ме- сяц, год	Нәти- же ре- зульт- тат	Бақы- лау Кон- троль	Күні, айы, жылы дата, ме- сяц, год	Нәти- же ре- зульт- тат
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Продолжение таблицы

Екінші пассаж Вто- рой пассаж	Бейімделу Адаптация			Зерттеу нәти- жесі Результат ис- следования	Жауап жіберіл- ген күн, ай, жыл Дата выдачи от- вета	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы Фамилия имя отчество(при наличии), должность подпись Проводившего исследование
	Бақы- лау Кон- троль	Күні, айы, жылы дата, месяц, год	Нәти- же ре- зульт- тат			
11	12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
219-қосымша
Приложение 219
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 219/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 219/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

**Тін өсіріндісінде жүргізілген серологиялық зерттеулердің нәтижелерін тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации результатов серологического исследования на культуре ткани**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Эта- лон- дық	Зерт- теу- ба-	Нәти- же- лер-	Сарысуды араластыру (кері шамаларда) Разведение сывороток (в обратных величинах)	Бақылау Контроль		Зерт- теу- аяқ-	Зерт- теу- жүргіз-
---------------------	----------------------	----------------------	---	---------------------	--	-----------------------	--------------------------

ір- кеу нө- мірі	виру- стың си- патта- масы	стал- ган күн, ай, жыл	ді есеп- ке алу күні, айы, жы- лы										Ви- рус мөл- ше- рі	Са- ры- суын	Жа- сушпа- лар- дың	Зерт- теу нәти- жесі	тал- ган күн, ай, жыл	ген адам- ның те- гі, аты, әкесі- нің аты (болған жағдай- да), ла- уазы- мы, ко- лы
Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер	Ха- рак- тери- стика эта- лон- ного виру- са	Да- та на- чала ис- сле- до- ва- ния	Дата уче- та ре- зультатов										До- за ви- руса	Сы- во- рот- ки	Кле- ток	Ре- зультат ис- сле- дова- ния	Дата окон- ча- ния ис- сле- дова- ния	Фами- лия имя от- чество (при на- личии), долж- ность, под- пись лица, прово- дивше- го ис- следо- вание
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.)

Зертханаға ұлгінің	Тексерілушінің егі, аты, әкесі-		Мекен-жайы	Оқу, жұмыс орны, балалар	Алғашқы, қайта неметі	Зерттеулер	Нәтижелер	Тексеру нәтижесі, бөлін-	Зерттеу жүргізілген адамның қолы, те-	Ескерту
--------------------	---------------------------------	--	------------	--------------------------	-----------------------	------------	-----------	--------------------------	---------------------------------------	---------

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «___» _____
№___ бұйрығына
221-қосымша

Приложение 221
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «___» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ №___ бұйрығымен бекітілген №221/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 221/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

**Инфекциялық аурулар ошақтарындағы дезинфекциялау іс-шараларын
есепке алу**

**ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ**

учета дезинфекционных мероприятий в очагах инфекционных заболеваний

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні, айы, жылы	Өтінім берген ұйымның атауы Наименование организации, от которого поступила заявка	Эпидемиологиялық нөмірі Эпидемиологический номер	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя отчество, больного	Жасы Возраст	Мекенжайы Адрес
--	--------------------	---	---	---	-----------------	--------------------

	Дата, месяц, год					
1	2	3	4	5	6	7

Балалар ұйымының, мектептің, жоғарғы оқу орынының, жұмыс орнының атауы мекен-жайы Наименование и адрес детской организации, школы, вуза, места работы	Диагноз Диагноз	Ауруханаға жатқызылған күні Дата госпитализации	Дезинфекциялау нарядының нөмірі № наряда на дезинфекцию	Нарядты алған адамның тегі Фамилия лица получившего наряд	Ауруханаға жатқызылған кезден бастап дезинфекциялау мерзімдері Сроки дезинфекции с момента госпитализации
8	9	10	11	12	13

Дезинфекциялаудың орындалмау немесе уақытында орындалмау себебі Причина невыполнения или не своевременного выполнения дезинфекции	Дезинфекцияланды (тал, м ²) Подвергнуто дезинфекции (штуки, м ²)	Заттарды дезинфекциялау Дезинфекция вещей		Дератизация, м ²
		Камералық әдіспен, кг Камерным методом	Ылғалды әдіспен Влажным методом	
14	15	16	17	18

Дезинфекция, м ² Дезинсекция, м ²	Адамдарды санитариялық өңдеуден өткізу Санитарная обработка людей		Жұмсалған дезинфекциялау заттар Израсходовано дезинфекционных средств, кг			Дезинфекциялауды жүргізген адамның тегі, аты Фамилия, имя проводившего дезинфекцию	Дезинфекциялау сапасын бақылау Контроль качества дезинфекции		
	Өңделуден өтуге тиіс Подлежало	Өңделген Обработано	Барлығы Всего	Жұмсалғаны Израсходовано	Қалғаны Остаток		Күні Дата	Зерттелген сынамалар Исследовано проб	Нәтиже Результат
19	20	21	22	23	24	25	26	27	28

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «__» _____
№__ 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 222/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

**Жұмсақ мүкәммалды (киімдер мен төсек жабдықтары) камералық өңдеуді
тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации камерной обработки мягкого инвентаря (одежды и постельных принадлежностей)**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Дезинфекциялау (дезинсекция) жүргізілген күн, ай, жыл Дата проведения дезинфекции (дезинсекции)	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), мекен-жайы, түбіртек нөмірі (ұйым, корпус) Фамилия, инициалы больного, адрес, номер квитанции (организация, корпус)	Инфекция (жәндіктер) Инфекция (инсекты)	Дезинфекциялау (дезинсекция) объектілері, олардың саны немесе салмағы Объекты дезинфекции (дезинсекции), их количество или вес
1	2	3	4	5

Камераның шартты белгілері Условные обозначения камеры	Дезинфекциялау (дезинсекция) тәртібі Режим дезинфекции (дезинсекции)	Толтырылмаған камераны қыздыру уақыты Время прогрева не загруженной камеры		Толтырылған камераны қыздыру уақыты Время прогрева загруженной камеры		Дезинфекциялау (дезинсекция) температурасы Температура дезинфекции (дезинсекции)
		Басталуы сағ., мин. Начало час, мин.	Аяқталуы сағ., мин. Конец час, мин.	Басталуы сағ., мин. Начало час, мин.	Аяқталуы сағ., мин. Конец час, мин.	
6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
223-қосымша
Приложение 223
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 223/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 223/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Санитариялық-паразитологиялық зерттеулерді тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации санитарно-паразитологических исследований

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Тіркеу нөмірі	Күні, айы, жылы Дата, месяц, год	Үлгінің атауы	Үлгі алу орны	Зерттеу жүргізген адамның колы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы	Ескерту

Регистрационный номер	Үлгіні алу	Зертханамен қабылданған	Наименование образца	Саны, көлемі	Место отбора образца	Зерттеу мақсаты	Зерттеу нәтижесі	Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы	Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись проводившего исследование	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Отбора образцов	Поступления в лабораторию	Количество, объем	Цель исследования	Результат исследования	Дата окончания исследования				

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.)

Тір- кеу нөмі- рі Регис- тра- ци- он- ный но- мер	Үлгі- лер- дің түс- кен күні Дата по- ступ- ле- ния об- разца	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), ЖСН Фамилия, имя, отче- ство (при наличии), ИИН	Ту- ған күні Да- та рож- де- ния	Ме- кен- жайы До- маш- ний адрес	Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымының атауы Место рабо- ты, учебы, на- именование детской орга- низации	Жәндіктер немесе кене- лер шабуыл жасаған аумақ, күн Территория нападения насекомых или клещей, дата	Зерт- теу күні Да- та ис- сле- до- ва- ния	Тек- серу нәти- жесі Ре- зульт- тат об- сле- дова- ния	Жәндіктер мен кене- лердің түр- лері, жы- нысы Видовая принад- лежность, пол насе- комых и клещей	Орындаушы- ның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдай- да), лауазымы Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность ис- полнителя
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 225/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Паразиттік ауруларға серологиялық зерттеулерді тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации серологических исследований на паразитарные заболевания

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Тір- кеу нөмірі				Тексеруге жіберген ме- кеме	Алғашқы, қайта немесе бақылау- лық тексеру		Диагно- зы, ауыр- ған күгі,		
-----------------------	--	--	--	-----------------------------------	--	--	-----------------------------------	--	--

Регистрационный номер	Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты, ЖСН Фамилия, имя, отчество, ИИН об-следуемого	Туған жылы Год рождения	Мекен – жайы Адрес проживания	Учреждение направившее на обследование	Первичное, повторное или контрольное обследование	Үлгіні тексеруге қабылдау күні, айы, жылы Дата приема образца на исследование	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					Нәтижелер берілген күн, ай, жыл Дата выдачи результатов			Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), колы Фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись, проводившего исследование		Ескерту Примечание	
Гельминттер Гельминты					Қарапайым дылар Простейшие			Басқалар (көрсетіліз) Прочие (указать)			
наименованием выявляемых иммуноглобулинов к соответствующему антигену или антителу					наименованием выявляемых иммуноглобулинов к соответствующему антигену или антителу						
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 министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 226/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 226/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

**Биосынамалы жануарларды тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации биопробных животных**

Басталуы (Начат) «___» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «___» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1.

2.

Биосынама алынған жануарлардың жұқтырылған күні, айы, жылы Дата заражения биопробных животных	Биосынама алынған жұқтырылған жануарлардың саны Количество зараженных биопробных животных	Инфекцияның атауы Наименование инфекции	Биосынама алынған жұқтырылған жануарлардың өлтірілу күні Дата убивки зараженных биопробных животных	Биосынама алынған өлтірілген жануарларды зарарсыздандыру тәсілі Способ обеззараживания убитых биопробных животных	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы Дата окончания исследования, месяц, год, Ф.И.О (при наличии), подпись проводившего исследование
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «___» _____
№___ бұйрығына
227-қосымша

Приложение 227
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «___» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 227/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 227/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года №___</p>

Адамдардан бұрцелезге (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):

1.

2.

Тіркеу нөмірі Регистраци- онный номер	Күні, айы, жылы Дата, месяц, год		Үлгі жіберген ұйым Организация, напра- вившая образец	Тексерілетін адам- ның тегі, аты, жөні Фамилия, имя, отче- ство обследуемого	Жас Воз- раст	Мекен жайы Домаш- ний ад- рес	Жұмыс ор- ны, лауазы- мы Место рабо- ты, долж- ность
	Үлгінің алынған Отбора проб	Зертханамен қа- былданған Поступления в лабораторию					
1	2	3	4	5	6	7	8

Ди- а- гно- зы Ди- а- гноз	Алғашқы, қайта тексеру Первичное, по- вторное обследо- вания	Күні айы, жылы Дата, месяц, год			Зерттеу нәтижесі Результат исследова- ния	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы және қолы Ф.И.О (при наличии), должности под- пись лица, проводившего исследование
		Зертте- удің ба- сталған Начала ис- следова- ния	Зерттеудің аяқталған Окончания исследова- ния	Нәтиже- лердің берілген Выдачи результата- тов		
9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
228-қосымша
Приложение 228
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 228/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 228/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Қызамық/қызылшаға серологиялық зерттеулерді тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации серологических исследований на корь/краснуху

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Тіркеу нөмірі	Үлгіні жіберген мекеме	Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты	Жасы	Мекенжайы	Дене қызу пайда болған күн, ай, жыл	Қызамыққа қарсы соңғы егу күні, айы, жылы

Регистрационный номер	Учреждение направившее образец	Фамилия, имя, отчество, об-сследуемого	Возраст	Адрес проживания	Бөртпе пай-да болған күн, ай, жыл Дата, ме-сяц, год по-явления сы-пи	Дата, месяц, год появления температуры	Дата, месяц, год последней вак-цинации кори	Қызамық-қа қарсы дозалар са-ны Количе-ство доз против ко-ри
1	2	4	5	6	7	8	9	10

Қызыл-шаға қар-сы соңғы егу күні, айы, жы-лы Дата по-следней вакцина-ции крас-нухи	Қызы-лшаға қарсы доза-лар са-ны Коли-чество доз про-тив крас-нухи	Үлгі-нің алын-ған күні, айы, жылы Дата отбо-ра об-разца	Зертха-наға жі-беріл-ген кү-ні, айы, жылы Дата от-правле-ния в лабора-торию	Зерт-ханаға түс-кен кү-ні, айы, жылы Дата по-ступ-ления в лабо-раторию	Зертханаға түскен үлгі-нің жағдайы Состояние образца при поступ-лении в ла-бораторию	Ди-а-гно-зы Ди-а-гноз	Реак-ция қойыл-ған күн ай, жыл Дата, месяц, год по-станов-ки ре-акции	Зерт-теу нәти-жесі Ре-зуль-тат ис-сле-дова-ния	Нәти-же берілген күн, ай, жыл Дата, ме-сяц, год вы-да-чи ре-зуль-тата	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), луазымы колы Фамилия, имя, отче-ство (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
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 № 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.)

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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 230/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года №___

Санитариялық вирусологияға зерттеуге іріктелген үлгілерді тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации образцов для исследования на санитарную вирусологию

Басталуы (Начат) «___» _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «___» _____ 20___ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Үлгінің атауы	Үлгіні жіберген мекеме	Үлгінің зертханаға келіп түскен күні, айы, жылы	Зерттеу жүргізілген күн, ай, жыл	Зерттеу нәтижесі	Зерттеу жүргізген маманның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы қолы
---------------	---------------	------------------------	---	----------------------------------	------------------	---

Регистрационный номер	Наименование образца	Учреждение направившее образец	Дата, месяц, год поступления Образца в лабораторию	Дата, месяц, год проведения исследования	Результат исследования	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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 231/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

**Бруцеллез қоздырғышының өсірінділерінің бөлінуі және бөлінген өсірінділерін сәйкестендіруді тіркейтін
ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ
РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
регистрации выделения и идентификации выделенных культур возбудителя бруцеллеза**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1.

2.

Тіркеу нөмірі	Зертханаға келіп түскен күні, айы, жылы, қайдан әкелінді	Бөлінген қоздырғыштың түрі, тіркеу нөмірі, бөліну күні, айы, жылы	Зерттеу басталған күн, ай, жыл	Колониялардың морфологиясы Морфология колонии		Грам бойынша жасуша морфологиясы	Термоагглютинация реакциясы	Күкіртсутегі түзілуіне қатысты дифференциация	СО2 қажеттілігі
Регистрационный номер	Дата, месяц, год поступления в лабораторию, откуда доставлен	Вид выделенного возбудителя, регистрационный номер, дата выделения	Дата, месяц, год начала исследования	Сұйық коректік ортадағы	Тығыз коректік ортадағы	Морфология клетки по Граму	Реакция термоагглютинации	Дифференциация по образованию сероводорода	Потребность в СО2
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Продолжение таблицы

Грам бойынша жасуша морфологиясы Морфология клетки по Граму	Термоагглютинация реакциясы Реакция термоагглютинации	Күкіртсутегі түзілуіне қатысты дифференциация Дифференциация по образованию сероводорода	СО2 қажеттілігі Потребность в СО2	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 бойынша түсі	Трипофлавинді үлгі проба с трипофлавином	Фагқа сезімталдық Чувствительность к фагу		МФА АФЭ	Қоздырғыш түрі	Биотипі	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) және қолы
Поливалентті сарысумен	Антимелитензис сарысумен	Антибортус сарысумен			Тұтас	Аралас					
С поливалентной сывороткой	с сывороткой антимелитензис	С сывороткой антибортус	Уайт-Вильсону		Цельному	Разведенному					
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

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 232/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 232/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____</p>

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 начала исследования	Үлгіні жіберген мекеме Учреждение направившее образец	Үлгі алынған орын Место отбора образца	Үлгінің атауы Наименование образца	Зерттеу мақсаты Цель исследования
1	2	3	4	5	6
Нәтижесі Результат		Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы Ф.И.О (при наличии), подпись специалиста, проводившего исследование	
Антигенге На антиген	Антиденерге На антиген				
	ИгМ ИгG				
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 министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 233/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа 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 – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1.

2.

Тіркеу нөмірі Регистрацион- ный номер	Зерттеу басталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год нача- ла исследования	Тексерілуші- нің Т.А.Ә Ф.И.О обсле- дуемого	Жа- сы Воз- раст	Тұрғылықты мекен жайы Адрес прожи- вания	Үлгіні жіберген ме- кеме Учреждение напра- вившее образец	Диа- гно- зы Диа- гноз	Зерттеу мақсаты Цель ис- следова- ния
1	2	3	4	5	6	7	8

Нәтижесі Результат				Зерттеу нәтиже- сі Результат ис- следования	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағ- дайда), қолы Ф.И.О (при наличии), подпись специалиста, прово- дившего исследование
Анти- генг	Антиденеге На антитело					
	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
Республики Казахстан
от «___» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код 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 № 234/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 234/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

**Күйдіргіге жүргізілген микробиологиялық зерттеуді тіркейтін
ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ
РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
регистрации микробиологических исследований на сибирскую язву**

Басталуы (Начат) «___» _____ 20__ ж. (Г.) Аяқталуы (Окончен)
«___» _____ 20__ ж. (Г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1.

2.

реттік нөмірі порядковый номер	тіркеу нөмірі регистрационный номер	зерттеу ба- сталған күн, ай, жыл дата начала исследования	өсу сипаты характер роста		жасушалар морфологиясы морфология клеток (микроскопия)				антиде- нелер әдісі АФЭ Метод флуорес- цирую- щих Антител МФА
			Сұйық корек- тік ортада (СҚО-да) Жидкой пита- тельной среде (ЖПС)	Тығыз корек- тік ортада (ТҚО-да) Плотной пита- тельной среде (ППС)	Грам бой- ын- ша по Гра- му	Реби- гер бой- ынша по Ре- бигеру	Романов- ский-Гимза бойынша по Романов- скому-Гимза	Гинс- Бурри	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Продолжение таблицы

Пассивті гема- глютинация Реакциясы (ПГР) Реакция пас- сивной гемагглютина- ции (РПГА) на:	капсуланың пайда болуы капсулообразова- ние (Михину)	Фаг сезгішті- гі чувствитель- ность к фагу	фосфатазды белсенділігі фосфатазная активность	«маржан ал- қа» тесті тест «жемчуж- ное ожерелье»	пенициллиназды белсенділігі пенициллиназна- яактивность	гемолитикалы белсенділігі гемолитическа- яактивность
11	12	13	14	15	16	17

т.б. әдістер другие методы	Зертхана жануарларына арналған патогендік Патогенность для лабораторных животных	Антибиотиктерді сезгіштігі чувствительность к антибиотикам	Зерттеу нәтижесі результат исследования	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата окончания исследования	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда) және қолы Ф.И.О (при наличии) и подпись проводившего исследование
18	19	20	21	22	23

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «___» _____

№___ 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
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 235/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

Пастереллезге жүргізілген микробиологиялық зерттеуді тіркейтін

ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ

регистрации микробиологических исследований на пастереллез

Басталуы (Начат) «___» _____ 20__ ж. (Г.) Аяқталуы (Окончен)
«___» _____ 20__ ж. (Г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1.

2.

реттік нөмірі порядковый номер	тіркеу нөмірі регистрационный номер	зерттеу ба- сталған күн, ай, жыл дата начала исследования	өсу сипаты характер роста		жасушалар морфологи- ясы морфология клеток (микроскопия)		Пассивті гемаглю- тинация Реакциясы (ПГР) Реакция пассив- ной гемагглютина- ции (РПГА) на:
			Сұйық коректік ортада (СҚО-да) Жидкой пита- тельной среде (ЖПС)	Тығыз коректік ортада (ТҚО-да) Плотной пита- тельной среде (ППС)	Грам бой- ынша по Гра- му	Романовский- Гимза бойынша по Романов- скому-Гимза	
1	2	3	4	5	6	7	8

Продолжение таблицы

гемолитикалы бел- сенділігі гемолитическая ак- тивность	индолдың пай- да болуы образование индола	уреазная ак- тивность Уреазды бел- сенділігі	ор- ни- тин	ли- зин	араби- ноза	глю- коза	эс- ку- лин	рам- ноза	Қозғалғы- штығы Подвиж- ность	фенил- аланин
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

лак- тоза	сахароза	Маль- тоза	ино- зит	сали- цин	трига- лоза	Зертхана жануарлар- рына арналған патогендік Патоген- ность для лаборатор- ных животных	Антибио- тикерді сезгіштігі чувствитель- ность к антибиоти- кам	Зерттеу нәтижесі результат исследо- вания	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата оконча- ния исследо- вания	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда) және қолы Ф.И.О (при на- личии) 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 Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау 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.)

Тір- кеу нөмірі		Жа- сы	Ме- кен- жайы		Үлгі- нің қа- былдан-		Нәтиже беріл- ген	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (при на-
-----------------------	--	-----------	---------------------	--	-----------------------------	--	-------------------------	--

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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 237/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Сыртқы орта объектілерінен алынған үлгілерді молекулярлық-генетикалық зерттеуді тіркеу және нәтижелерін беруді тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации и выдачи результатов молекулярно-генетического исследования образцов от объектов внешней среды

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НК):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1.

2.

Тркеу нөмірі Регистрацион- ный номер	Күні, уақыты Дата, время		Үлгіні жіберген меке- ме Учреждение напра- вившее образец	Үлгі алынған орын Место отбо- ра образца	Зерттеу мақсаты Цель ис- следования	Зерттелінетін үлгі Исследуемый образец
	Үлгі алу қабылдау Отбора образца	Үлгіні зертханаға қаб- льдау Поступления образца в лабораторию				
1	2	3	4	5	6	7
Зерттеу басталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год начала исследования	Зерттеу нәтиже- сі Результат ис- следования	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (при наличии), колы Ф.И.О (при наличии), подпись специалиста, прово- дившего 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 министрі- нің 2021 жылғы «___» _____ №___ бұйрығымен бекітілген №238/е нысанды медициналық күжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік ор- ганының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемио- логической 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 Регистрацион- ный номер	Күні, уақыты Дата, время		Тексерілушінің Т.А.Ә (болған жағдайда)	Жа- сы	Мекен жайы	Үлгіні жолдаған ұйым Организация, напра- вившая образец	Диа- гно- зы Диа- гноз
	Үлгі алу Отбора образца	Үлгіні қа- былдау Поступле- ния образца	Ф.И.О (при наличии) об- следуемого	Воз- раст	Адрес про- живания		
1	2	3	4	5	6	7	8

Зерттеу мақсаты	Зерттелі- нетін үлгі	Зерттеу басталған күн, ай, жыл	Зерттеу нәтижесі	Зерттеу аяқталған күн ай, жыл	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауа- зымы қолы
Цель ис- следова- ния	Исследуе- мый обра- зец	Дата, месяц, год начала исследова- ния	Результат исследова- ния	Дата, месяц, год окончания исследо- вания	Ф.И.О (при наличии), должность подпись специалиста, проводившего 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):

1.

2.

Тір-кеу нөмірі Регистрационный номер	Зерттеу басталған күн, ай, жыл Дата начала исследования	Өсу сипаты Характер роста		Жасуша морфологиясы Морфология клеток (микроскопия)			АФӨ Метод флуоресцирующих Антител - МФА	Пассивті геамагглютинация реакциясы: Реакция пассивной геагглютинации (РПГА) на:					Капсуланың пайдалану болуы Капсулообразование	Фаг сезгіштігі Чувствительность к фагу
		Сұйық коректік ортада (СҚО-да) На жидкой питательной среде (ЖПС)	Тығыз коректік ортада (ТҚО-да) На плотной питательной среде (ППС)	Грам бойынша по Граму	Ремонд бойынша по Ремонд-геру	Романовский-Гимза бойынша по Романовскому-Гимза		Иерсиниозға	Псевдотуберкулезге	Пастереллезге	Лептоспирозға	Листериозға		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Биохимиялық қасиеттері Биохимические свойства												
Желатинаның сұйылуы	Оксидазды белсенділігі	Каталазды белсенділігі	Күкіртсутектің пайдалануы	Гемолитикалық белсенділігі	Уреазады белсенділігі	Несепнәр гидролизі	Индолдың пайдалануы	Орнитин	Лизин	Арабиноза	Глюкоза	
Разжижение желатинны	Оксидазная активность	Каталазная активность	Образование сероводорода	Гемолитическая активность	Уреазная активность	Гидролиз мочевины	Образование индола					
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	Тригалолаза	Эскулин	Рамноза	Маннит	Қозғалғыштығы Подвижность	Фенилаланин	Нитраттардың қалпына келуі Восстановление нитратов	Фогес-Проскауэр реакциясы реакция Фогес-Проскауэра
28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40

Диагностикалық сарысулармен агглютинация реакциясы	Зертхана жануарларына арналған патогендік	Антибиотиктерге сезімталдық	Зерттеу нәтижесі	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл	Зерттеу жүргізген маманның Т.А. Ә (болған жағдайда), лауазымы қолы
--	---	-----------------------------	------------------	--------------------------------	--

Реакция агглюти- нации с диагностическими сы- воротками	Патогенность для лабораторных жи- вотных	Чувстви- тельность к антибиоти- кам	Резуль- тат ис- следова- ния	Дата, месяц, год окончания исследования	Ф.И.О (при наличии), должность подпись специалиста, проводив- шего исследование
41	42	43	44 44	45	46

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «___» _____
№___ бұйрығына
240-қосымша

Приложение 240
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «___» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 240/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 240/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____</p>

**Туляремияға микробиологиялық зерттеулерді тіркейтін
ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ
РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
регистрации микробиологических исследований на туляремию**

Басталуы (Начат) «___» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «___» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1.

2.

Тіркеу нөмірі	Зерттеу басталған күн	Өсу сипаты					Грамм бойынша морфологиясы	АФӨ Метод флуоресцирующих антител (МФА)	Биоүлгі алынған жануарлардың жұғынды-таңбалары	Капсуланың пайдалануы	Спораның түзілуі	Фаг сезгіштігі
		Характер роста										
		Сұйық коректік ортада (СҚО-да)	ТҚО-да на ППС									
	Дата начала исследования		На жидкой питательной среде (ЖПС)	Етпептонды агарда	Қанды агарда	Шоколадты агарда	Цистеинмен байытылған	Морфология клеток по Граму (микроскопия)	Мазки-отпечатки от биопробных животных	Капсулообращивание	Спорообращивание	Чувствительность к фагу
1	2	3	4	5	6	7	8	10	11	12	13	14

Биохимиялық қасиеттері						Туляремия сарысуы ко-сылған агглютинация реакциясы	Зертхана жануарларына арналған патогенділік	Антибиотиктерге сезімталдығы	Зерттеу нәтижесі	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы қолы
Биохимические свойства											
Глицериннің ферменттелуі	Оксидазды белсенділігі	Катализды белсенділігі	Беталактамазды тест	Қозғалғыштығы	Уреазды белсенділігі	Реакция агглютинации с туляреминой сывороткой	Патогенность для лабораторных животных	Чувствительность к антибиотикам	Результативность следования	Дата окончания следования	Ф.И.О (при наличии), должность специалиста, Проводившего исследование
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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 241/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

Тырысқақ қоздырғышының болуына сыртқы орта объектілерінің үлгілерін және зерттеу нәтижелерін тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации образцов и результатов исследований объектов внешней среды на наличие возбудителя холеры

Басталуы (Начат) «___» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «___» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1.

2.

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Үлгіні жолдаған ұйым Организация, направившая образец	Зерттелінетін үлгі Исследуемый образец	Объектінің мекенжайы Адрес объекта	Күн, айы, жылы және уақыты Дата, месяц, год и время	
				Үлгі алу Взятия образца	Зертханаға келіп түсуі Поступления в лабораторию
1	2	3	4	5	6

Су-дың t °Сt° С воды	Су-дың рНrН воды	Уақыты (сағаты) Время (часы)			Зерттеудің нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А. Ә (болған жағдайда), лауазымы қолы Ф.И.О (при наличии), должность подпись специалиста, проводившего исследование
		1-ші пептондық суға себу Посева на 1-ю пептонную воду	2-ші пептондық суға қайта себу Пересева на 2-ю пептонную воду	2-ші пептондық судан қайта себу Высев со 2-ой пептонной воды			
7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
242-қосымша
Приложение 242
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 №242/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 242/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

**Үлгілерді тіркеу және сынамаларды қабылдау
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации образцов и приема проб**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Реттік нөмірі (Порядковый номер)	Өтініштің қаралған күні	Мекеменің атауы, мекенжайы	Сынаманың атауы	Сынама көлемі	Сынама жіберілген зертханалар
-------------------------------------	-------------------------	----------------------------	-----------------	---------------	-------------------------------



	(Дата поступления обращения)	(Наименование предприятия, адрес)	(Наименование проб)	(Количество проб)	(Лаборатории получившие пробы)
1	2	3	4	5	6

			иссле- дова- ния	Матери- алды алу Взятия материала	Өсіріндіні бөліп алу Выделе- ния куль- туры		Жа- су- ша- лар Клет- ки	Ко- лони- ялар Ко- лоний	
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	Манно- за	Арабиноза	Лакто- за	Ман- нит	Ино- зит	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 фагтарын сезгіштігі Чувствительность к холерным фагам				
		“С”	Эльтор	ДДФ	ХДФ-3,4,5	
28	29	30	31	32	33	

Фаго- тип Фа- готип	Фогес-Про- скауэр реакци- ясы Реакция Фо- гес-Проскауэ- ра	Гемагг- лютина- ция Гемагг- люти- нация	Ге- мо- лиз Ге- мо- лиз	Жас көжектерде сы- налған вируленттілік вирулентность на кроликах сосунках	Антибиотиктерді сезгіштігі Чувствительность к антибиотикам						ПТР нәти- же- лері Ре- зуль- таты ПЦР
					Тет- ра- цик- лин	Лев- о- мице- тин	Си- ф- флокс	Ген- та- ми- цин	Бас- қа- лар Дру- гие	По- ли- мик- син 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

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ №___ бұйрығымен бекітілген №244/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 244/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года №___</p>

**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):

1.

2.

тіркеу нөмірі регистрацион- ный номер	Зерттелушінің Т.А. Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при наличии) обследуемого	Жа- сы Воз- раст	Жұмыс орны, қызметі Место работы, должность	Мекен- жайы Место жи- тельства	Үлгіні жолдаған ұйым Организация, направив- шая образец	Контингент неме- се диагноз Контингент или диагноз
1	2	3	4	5	6	7

Алғашқы немесе қайта зерттеу Исследование первичное или повторное	Күні, айы, жылы және уақыты Дата, месяц, год и время		Зерттелі- нетін үл- гі Исследу- емый об- разец	Зерттеу нәтижесі Резуль- тат иссле- дования	Зерттеу аяқтал- ған күн, ай, жыл Дата, месяц, год окончания иссле- дования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы қолы Ф.И.О (при наличии), должность под- пись специалиста, проводившего ис- следование
	Үлгі алу Взя- тия об- разца	Зертхана- ның қабыл- даған Поступле- ния в лабо- раторию				
8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «___» _____
№___ бұйрығына
245-қосымша

Приложение 245
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «___» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 245/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 245/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

**Аэроиондар концентрациясын өлшеулерді тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации измерений концентрации аэроионов**

Басталуы (Начат) «___» _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «___» _____ 20 ж.(г.)

Тір-кеу нөмірі	Кү-ні, айы,		Цех, бө-лім	Жұ-мыс орын-	Аэроиондардың концентраци-ясы Концентрации аэроионов			
----------------	-------------	--	-------------	--------------	--	--	--	--

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	Тір- кеу нөмі- рі Реги- стра- цион- ный но- мер	маның атауы Наиме- нова- ние про- дукта, пробы			Титр про- тея	шигел- лаға зерттеу Иссле- дова- ние на сальмо- неллы, шигел- лы	Стафи- ла- кокка зерттеу Иссле- дова- ние на стафи- лококк	Энте- ро- кокка зерттеу Иссле- дова- ние на энтеро- кокк	Cereus- ке зерт- теу Иссле- джова- ние на V. cereus	Анаэ- робы	Био- сы- на- ма Био- про- ба	Ре- зульт- тат	Да- та, под- пись

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 Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 247/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года №___

**Тағамнан улануларды микробиологиялық зерттеулерді тіркеу
(ботулотоксинді анықтау)**

**ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ**

**регистрации микробиологических исследований пищевых отравлений
(исследований на ботулотоксин)**

Күні Дата	Тіркеу нөмірі	Өнімнің, сы- наманың ата- уы	МА- ФАМ	Титр E.coli	Про- тей титрі	Сальмонелла- ға, шигеллаға- зерттеу	Стафила- кокка зерттеу	Энтеро- кокка зерттеу	Cereus- ке зерт- теу	Анаэ- роб- тар
--------------	------------------	------------------------------------	------------	----------------	----------------------	---	------------------------------	-----------------------------	----------------------------	----------------------

	Регистрационный номер	Наименование продукта, пробы			Титр протей	Исследование на сальмонеллы, шигеллы	Исследование на стафилококк	Исследование на энтерококк	Исследование на cereus	Анаэробы
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	
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 /												Нәтиже Результат	Күні, қолы Дата, подпись
Сары су « Е » түрі Сыворотка тип " Е "				Сары су « F » түрі Сыворотка тип " F "				Бақылау Контроль					
1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн	2 күн	3 күн	4 күн		
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «___» _____
№___ 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 органа 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 нө- мірі	Өнімнің, сы- наманың ата- уы	МА- ФАМ	Титтр E.coli	Про- тей тит- рі	Сальмонеллаға, шигеллаға зерт- теу	Стафила- коккқа зерттеу	Энтеро- коккқа зерттеу	В. cereus-	РН сре- ды
--------------	--------------------	------------------------------------	------------	-----------------	---------------------------	--	-------------------------------	------------------------------	---------------	------------------

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
	Регистрационный номер	Наименование продукта, пробы			Титр протея	Исследование на сальмонеллы, шигеллы	Исследование на стафилококк	Исследование на энтерококк	кезерттеу	Исследование на В. cereus	

Продолжение таблицы

Анаэробтар Анаэробы								Нәтиже Результат Күні, қолы Дата, подпись
Китт-Тароцци коректік ортасы / Ср.Китт-Тароцци Қыздырылған егінді 80 to-37o/ гретая при 80o на to 37o				Китт-Тароцци коректік ортасы / Ср.Китт-Тароцци Қыздырылған егінді 60 to-30o/ гретая при 60o на to 30o				
2 күн	4 күн	6 күн	10 күн	2 күн	4 күн	6 күн	10 күн	
12	13	14	15	16	17	18	19	20

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
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 органа 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 нө- мірі	Өнімнің атауы	Объ- ект	Се- бу күні	10 күннен кей- ін 1 рет қайта себілуі	5 күннен кей- ін 2 рет қайта себілуі	5 күннен кей- ін 3 рет қайта себілуі	Зерттеу нәтижесі	Қо- лы, күні
--------------	--------------------	------------------	-------------	-------------------	---	--	--	---------------------	--------------------

	Регистраци- онный но- мер	Наименова- ние продук- та		Да- та по- сева	Дата 1 пересе- ва ч/з 10 дней	Дата 2 пересе- ва ч/з 5 дней	Дата 3 пересе- ва ч/з 5 дней	Результат исследова- ния	Да- та, под- пись
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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 250/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Мал шаруашылығы өнімдеріндегі антибиотиктердің қалдық мөлшерін анықтау бойынша микробиологиялық зерттеулерді тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ

регистрации микробиологических исследований по определению остаточных количеств антибиотиков в продуктах животноводства

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Әкелі-ну күні Дата до-став-ки	Тіркеу нө-мірі Регистра-ционный номер	Әкелі-ну уа-қыты Вре-мя до-став-ки	Зерттеу ба-сталған уа-қыт Время нача-ла исследо-вания	Өнімнің атауы, алыну орны, ма-териалды кім алды Наименование продукта, место забора, кем сделан забор мате-риала	А/б сериясы, жү-мыстық концен-трациясы А/б, серия, рабо-чая концентрация	Тест-мик-роб	М/орг-ның шамаланған себу дозасы Орентиров-я посе-вн. доза м /орг-ма
1	2	3	4	5	6	7	8

Продолжение таблицы

Қорек-тік орта мен бу-фер Пита-тельная среда и буфер	1 табақша-дағы орта-ның мөл-шері Количе-ство среды на 1 чашку	Өсіріндінің өсуі теже-луінің диа-метрі Диаметр задержки роста куль-тур	Орта бірліктер-ге уақыттық түзету Временная по-правка в сред-ние величины	2 қатар табақша-лардың орта ариф-метикалық саны Средн. арифмети-ческое 2-х парал-лельных чашек	Өсу тежелуі ай-мағының диа-метрлер айырма-сы Разность диамет-ров зоны задерж-ки роста	Өнімдердегі анықталған а /б қанықтығы Опред. кон-центрация а/б в продуктах	Нәти-жесі, күні, қолы Резуль-тат, да-та, под-пись
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 министрі- нің 2021 жылғы «___» _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 251/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік ор- ганының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемио- логической 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.)

Әкелі- ну күні Дата до- став- ки	Тіркеу нө- мірі Регистра- ционный номер	Әкелі- ну уа- қыты Вре- мя до- став- ки	Зерттеу ба- сталған уа- қыт Время на- чала иссле- дования	Өнімнің атауы, алыну орны, материалды кім алды Наименование продукта, ме- сто забора, кем сделан забор материала	Тест- си- сте- ма	Қалдық гормонның мөлшерін анықтау нәтижесі Результат исследования на определение остаточного коли- чества гормонов	Күні, колы дата, под- пись
1	2	3	4	5	6	7	8

	Тір- кеу нө- мірі	жұ- мыс орны ФИО, адрес, место рабо- ты	ген адам- ның тегі, аты, әкесі- нің аты, луа- зымы қолы Фа- ми- лия, имя, отче- ство, долж- ность и под- пись лица до- ста- вив- шего кровь	Зерт- теу мақ- саты Цель ис- сле- дова- ния	ту- ра- лык тәр- тібі Тем- пе- ра- тур- ный ре- жим	I	II	III	IV	V	Мик- ро- ско- пия	те- стері Тесты иден- тифи- кации	Ре- зульт- тат	тал- ған күн Дата окон- ча- ния ана- лиза	ген күн, ай, жыл Дата выда- чи ре- зульт- тата	ген адам- ның қо- лы, те- гі, аты, әкесі- нің аты Фами- лия имя от- чество, под- пись лица прово- дивше- го ис- следо- вание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 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 «___» _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 253/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 253/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года №___

**Адамдардан алынған (антибиотикке сезімталдық) клиникалық материалды
 тіркеу және зерттеу сынамаларын есепке алу
 ЖУРНАЛЫ
 ЖУРНАЛ
 регистрации и учета проб исследования клинического материала от людей
 (антибиотико чувствительность)**

Басталуы (Начат) «___» _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «___» _____ 20___ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1.

2.

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зертханаға келіп түскен күні Дата поступления в лабораторию	Т.А.Ә (болған жағдайда). Ф.И.О (болған жағдайда)	Жасы Возраст	Орталардың атауы Наименование сред				Микроскопия
				5	6	7	8	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

*Кестенің жалғасы
Продолжение таблицы*

КОЕ (Өсіру) (в разведение)	Сәйкестендіруге арналған тесттер Тесты для идентификации											
	Лактоза	Глюкоза	Сероводород	Мочевина	Индол	Подвижность	Маннит	Мальтоза	Сахароза	Ацетат натрия	Цитрат Симонса	Фенилаланин
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Сәйкестендіруге арналған тесттер Тесты для идентификации													
Лизин	Фаголизис	ЛецитиназПигмента	Маннит	Мальтоза	Манноза	Галактоза	Трегалоза	Фосфатаза	Глицерин	Коагулаза	Хлопьецбразование	Гемоллиз	Каталаза, ФП
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36

Антибиотиктер өсуінің тежелу аймағының диаметрі (мм) Антибиотики/диаметр зоны задержки роста (мм)														
Пенициллин	Амикацин	Эритромицин	Линкомицин	Оксациллин	Рифампицин	Метилциллин	Амоксицилин	Тетрацилин	Гентамицин	Канамидин	Неомицин	Азитромицин	Меропенем	
37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	

Продолжение таблицы

Антибиотиктер өсуінің тежелу аймағының диаметрі (мм) Антибиотики/диаметр зоны задержки роста (мм)												
Имепенем	Тобрамицин	Канамидин	Цефазолин	Цефепим	Цефтазидим	Норфлоксацин	Левомецетин	Пефлоксацин	Цефалексим	Цефексин	Цефотаксим	Цефаклор
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63

Грибққа қарсы препараттар Противогрибковые препараты						
Амфотерицин				Интраконозол		Зерттеу нәтижесі
						Зерттеу жүргізген адамның қолы Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы және қолы

	Кло- трима- зол	Ни- ста- тин	Кето- кона- зол		Флу- кона- зол	Результат ис- следования	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 министрі- нің 2021 жылғы «___» _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 254/е нысанды медициналық күжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік ор- ганының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемио- логической службы	Медицинская документация Форма № 254/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года №___

**Адамдардан алынған (дисбактериоз) клиникалық материалды зерттеу
сынамаларын тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации проб исследования клинического материала от людей
(дисбактериоз)**

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1.

2.

Күні Дата	Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при наличии)		Жасы Возраст	Қоректендіру орталарында өсу Рост на питательных средах (в разведение) (өсіру)			
Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зертханаға келіп түскен Поступления в лабораторию			Среда Плоскирева Плоскирев ортасы	ВСА	Бифидоагар	Лактоагар
1	2	3	4	5	6	7	8

Продолжение таблицы

Қоректендіру орталарында өсу Рост на питательных средах (в разведение) (өсіру)								
Среда для бактерий Бактерийдәрға арналған орта	Эндо	По Шукевичу Пушкевич бойынша	Кровяной агар	Энтерококкагар	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	Вастероид.	E. Coli Лас +	E. Coli Лас +/-	E. Coli Лас -	E. Coli гемолизирующая	Бактерии рода Типіндегі бактериялар
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	Clostridium	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
25	26	27	28	29	30	31

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «___» _____
№___ бұйрығына
255-қосымша

Приложение 255
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «___» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 255/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 255/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года №___

**Өсімдік шаруашылығы өнімдерінің үлгілерін тіркеу және құрамында
нитраттардың бар болуына зерттеу нәтижелерін есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации образца и учета результатов исследования
растениеводческой продукции на содержание нитратов**

Басталуы (Начат) «___» _____ 20 ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) «___» _____ 20 ж. (г.)

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
ЖУРНАЛ
регистрации обследуемых на малярию**

Басталуы (Начат) «___» _____ 20___ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) «___» _____ 20___ ж. (Г.)

Зертханаға препа-	Тексерілу- шінің те-		Ме- кен- жайы	Жұ- мыс ор-	Ал- ғаш- қы	Келген жері (елі), бо-	Зерт- те- улер-	Нәти- же- лер		Зерт- теу әді-	Зерт- теу жүргіз-	Ес- кер- ту
----------------------	-------------------------	--	---------------------	-------------------	-------------------	------------------------------	-----------------------	---------------------	--	----------------------	-------------------------	-------------------

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Тір- кеу нө- мірі	раттар- ды Қа- был- данған күні	гі, аты, әкесінің аты (болған жағдай- да),	Ту- ған жы- лы	Ад- рес про- жи- ва- ния	ны, лауа- зымы	қой- ыл- ған	лу ке- зені, айы, жы- лы ҚР- на кел- ген күні.	дің саны	бері- лген күн	Зерт- теу нәти- жесі	сте- ме- нің НҚ- ры	ген адам- ның қо- лы, те- гі, аты, әкесі- нің аты (при на- личии), лауазы- мы	При- ме- ча- ние	
Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер	Дата поступ- ления препа- ратов в лабора- торию	Фамилия имя отче- ство (при наличии) обследе- мого	Год рож- де- ния		Ме- сто рабо- ты, долж- ность	Пер- вич- ный диа- гноз	Откуда (страна) прибыл, период пребыва- ния,Дата прибы- тия в РК	Ко- ли- че- ство	Дата выда- чи	ре- зульт- тата	Ре- зульт- таг ис- сле- дова- ния	НД на ме- тод ис- пы- та- ний	Фами- лия имя от- чество (при на- личии), долж- ность и под- пись прово- дивше- го ис- следо- вание	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «___» _____
№___ бұйрығына
257-қосымша
Приложение 257
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 № 258/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 258/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

Паразитологиялық зертханалық бақылауды тіркеу (шайындылар)

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации внутрилабораторного контроля (смывы) в паразитологических лабораториях

Басталуы (Начат) «___» _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «___» _____ 20___ ж. (г.)

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

Тіркеу нө- мірі Регистраци- онный но- мер	Зерттеу жүр- гізілген күн, Дата проведе- ния исследова- ния	Үлгі алынған орын Место взятия об- разца	Зерттеу нәтижелері Результаты исследова- ния	Зерттеу әді- стеменің НҚ-ры НД на ме- тод испыта- ний	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (при наличии), лауазымы қолы Фамилия, имя, отчество (при наличии), долж- ность 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 258/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года №___

**Гнус имангосы санының серпінін есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета динамики численности имаго гнуса**

Облыста (в области) _____ 20 ж. (г.)

Занды және жеке тұлғалардың толық атауы

(Полное наименование
юридического, физического лица) _____

Есепке алу тәсілі (20 минуттық «өзінен» аулау немесе өсімдіктерді шабу)

(Способ учета (20-минутный облов «на себя» или кошение по растительности))

Буын аяқтылар тобы** Группа членистоногих**	Зерттеу әдісіннің 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 Среднесезонный 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

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 259/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 259/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года №___</p>

Гнус дернәсілдері санының маусымдық серпінін есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета сезонной динамики численности личинок гнуса

Шаруашылық жүргізуші объектінің толық атауы (Полное наименование хозяйствующего субъекта)

Су қоймасы № (№ водоема)

Есепке алу тәсілі (ебелек немесе кювета)
(Способ учета (сачок или кювета))

(В) _____ ауданында (районе), (в области)
_____ облысында 20 ж.

(Г.)

Буынаяқтылар тобы Группа членистоногих**	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі -ОА) саны Подекадная и среднемесячная (далее-СМ) численность											
		Сәуір Апрель				Мамыр Май				Маусым Июнь			
		1	2	3	см	1	2	3	см	1	2	3	см
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі -ОА) саны Подекадная и среднемесячная (далее-СМ) численность												Орташа маусымдық көрсеткіш Средне сезонный показатель	
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь					
1	2	3	см	1	2	3	см	1	2	3	см		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	

* Әрбір он күндікті екі бағаншаға бөлеміз: бөлінгішінде – барлық құрттар, бөлгішінде - бір сынамаға келетін саны; Бір м² су бетіне келетін санды

қайта есептеуді зертханалық жағдайда жедел талдау мен материалды қорытындылау кезінде жүргізу керек.

Каждую декаду делим на две подграфы: в числителе – всего личинок, в знаменателе – численность на одну пробу; Перерасчет численности на один

м² водной поверхности осуществлять в лабораторных условиях при оперативном анализе и обобщении материала.

** Буынаяқтылар тобы: масалар, шіркейлер, құмыттар, соналар.

Группа членистоногих: комары, мошки, мокрецы, слепни.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «___» _____
№___ 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 «___» _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 260/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 260/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года №___

Кенелер имагосы санының серпінін есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета динамики численности имаго клещей

(в) _____ ауданында (районе), (в области) _____ облысында

Бақылау нүктесінің, орманды типологиялық бөліктің атауы, есепке алу тәсілі (мүйізді ірі қара маршрутында)	Зерттеу әдіс-тәсімінің НК-ры	Он күн сайын және айлық (бұдан әрі -А) саны		
		Подекадная и месячная (далее-М) численность		
		Сәуір	Мамыр	Маусым
		Апрель	Май	Июнь

Наименование контрольной точки, лесотипологического выдела, способ учета (маршрут на крупнорогатом скоте)	НД на метод испытаний	1	2	3	СМ	1	2	3	СМ	1	2	3	СМ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Продолжение таблицы

Он күн сайын және айлық (бұдан әрі -А) саны Подекадная и месячная (далее-М) численность												Маусымдық көрсеткіш Сезонный показатель
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь				
1	2	3	СМ	1	2	3	СМ	1	2	3	СМ	
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «___» _____
№___ бұйрығына
261-қосымша

Приложение 261
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «___» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 261/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 261/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

**Энтомофаунаны және кенелерді фенологиялық бақылауды есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ**

учета фенологических наблюдений за энтомофауной и клещами

Облыстың (Наименование области) _____ ауданның (района)

елді мекеннің атауы (населенного пункта) _____

Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры _____

(НД на метод испытаний)

№	Негізгі фендік құбылыстар Основные феноявления	Анофелесмасы Анофелес	Аедес	Кулик	Шіркейлер Мошки	Соналар Слепни	Үнсіз масалар Москиты	Шыбындар Мухи
	Жәндіктер Насекомые							
1.	Қыстаудан ұшып шығуының басталуы Начало вылета с зимовок		X	X	X	X	X	
2.	Қыстаудан жаппай ұшып шығуы Массовый вылет с зимовок		X		X	X	X	
3.	Қан сорған алғашқы ұрғашы масалар ерые самки с кровью		X	X	X	X	X	X
4.	Жаппай қан сорған ұрғашы масалар Массовость самок с кровью		X	X	X	X	X	X
5.	Ұрығы жетілген алғашқы ұрғашы масалар Первые самки с созревшим яйцом		X	X	X	X	X	X
6.	1-маусымдағы алғашқы құрттар Первые личинки 1-го возраста					X	X	
7.	2-маусымдағы алғашқы құрттар Первые личинки 2-го возраста				X	X	X	X
8.	3-маусымдағы алғашқы құрттар Первые личинки 3-го возраста				X	X	X	X
9.	4-маусымдағы алғашқы құрттар Первые личинки 4-го возраста					X	X	X
10.	Бірінші қуыршақтар Первые куколки					X	X	
11.	Бірінші генерацияның ұшуы Вылет первой генерации							
12.	Жаппай қансорудың басталуы Начало массового кровососания							X
13.	Буынаяқтылар имагосы санының ең көбі Пик численности имаго							
14.	Жаппай қансорудың аяқталуы Конец массового кровососания		X					X
15.	Құрттар санының ең көбі Пик численности личинок					X	X	X
16.	Соңғы қан сорған ұрғашы жәндіктер Последние самки с кровью		X	X	X	X	X	X
17.	Су айдындарындағы соңғы құрттар Последние личинки в водоемах				X	X	X	X
18.	Бірінші диапаузадағы ұрғашы жәндіктер Первые диапаузирующие 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 регистрации							
21.	Масалардың тез жұқтыру маусымының басталуы Начало сезона эффективной заражаемости комаров		X	X	X	X	X	X
22.	Масалардың тез жұқтыру маусымының соңы Конец сезона эффективной заражаемости комаров		X	X	X	X	X	X
23.	Безгек ауруының адамға берілу мерзімінің басы Начало сезона передачи малярии человеку		X	X	X	X	X	X
24.	Безгек ауруының адамға берілу мерзімінің соңы Конец сезона передачи малярии человеку		X	X	X	X	X	X
25.	Жергілікті безгек ауруына байланысты уақытында тіркеу күні Дата возможной регистрации местного случая малярии							
	Кенелер Клещи	Маршруттарының нөмірлері Номера маршрутов						
1.	Маршруттағы бірінші кенелер Первые клещи на маршруте							
2.	Жаппай белсенділіктің басталуы Начало массовой активности							
3.	Кенелердің жоғары саны Пик численности клещей							
4.	Жаппай белсенділіктің соңы Конец массовой активности							
5.	Табиғаттағы соңғы кенелер Последние клещи в природе							
6.	Маусымдағы белсенділік кезеңі (күндермен) Период активности за сезон(в днях)							

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «___» _____
№___ бұйрығына
262-қосымша

Приложение 262
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «___» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 262/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 262/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года №___

**Аса қауіпті инфекциялар қоздырғыштарына дезинфекциялау
құралдарының микробқа қарсы белсенділігінің сынақтарын тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации испытаний антимикробной активности дезинфицирующих
средств на возбудители особо опасных инфекции**

Басталуы (Начат) «___» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «___» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1.

2.

Тір- кеу нөмі- рі Регис- тра- цион- ный номер	Дезинфекциялау құ- ралының зертхана ға келіп түскен күні Дата поступления дезинфицирующего средства в лаборат- лорию	Зерттеу басталған күн, ай, жыл Дата, ме- сяц год на- чала ис- следова- ния	Құралды жіберген мекеме Учре- ждение напра- вившее средство	Құ- рал- дың атауы На- име- нова- ние сред- ства	Зерт- теу мақ- саты Цель ис- сле- дова- ния	Зерт- теу нәти- жесі Ре- зульт- тат ис- сле- дова- ния	Зерттеу аяқталған күн ай, жыл Дата, ме- сяц, год окончания исследова- ния	Зерт- теу әді- стеме- нің НҚ- ры НД на ме- тод испы- таний	Зерттеу жүргізген Т.А.Ә (болған жағ- дайда), қолы Ф.И.О (при нали- чии), подпись ли- ца, 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

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 263/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 263/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года №___</p>

**Метеорологиялық факторларды өлшеу және зерттеу нәтижелерін беруді
тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации измерений и выдачи результатов исследований
метеорологических факторов**

Басталуы (Начат) «___» _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «___» _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацион- ный номер	Кү- ні Да- та	Объектінің атауы Наименова- ние объекта	Цех, бө- лім Цех, от- дел	Ауа температурасы °С Температура воздуха °С		Ауаның салыстырмалы ылғалдылы- ғы % Относительная влажность воздуха в %	
				Өл- шен- ген Изме- ренная	Нормалар бойынша оңтай- лы/рұқсат етілген оптимальная/допустимая по нормам	өл- шен- ген изме- рен- ная	Нормалар бойынша оңтай- лы/рұқсат етілген доптимальная/допустимая по нормам
1	2	3	4	5		6	

Ауаның қозға- лыс жылдамдығы Скорость движе- ния воздуха не более м/с		Жылу шығару Тепловое излучение				Өлшем- дер саны /оның ішінде РЕШД– дан жоға- ры Количе- ство за- меров/из- них вы- ше ПДУ	Өл- шеу- ге ар- нал- ған құ- рал- дар При- бо- ры для из- ме- ре- ния	Зерттеу жүр- гізген адам- ның қолы тегі, аты,әкесініңа- ты Фамилия, имя, отчество, подпись лица проводившего исследование	Хаттаманы алған адамның қолы, кү- ні Дата и подпись лица, получивше- го протокол	Зерт- теу әді- сте- ме- нің НҚ- ры НД на ме- тод ис- пы- та- ний
		Жылу шыға- ру көзі- нің ата- уы Наиме- нова- ние ис- точни- ка из- луче- ния	Жылу көзінен арақа- шық- тық, сан- тиметр- мен Расстоя- ние от источни- ка всм	Өл- шен- ген Вт/м ² Из- ме- рен- на- яВт/ м ²	Норма- лар бойын- ша рұқ- сат еті- лген Вт/ м ² Допу- стимое по нор- мамВт /м ²					
Өл- шен- ген Из- ме- рен- ная	Норма- лар бой- ынша оң- тайлы /рұқсате- тілген опти- мальная /допусти- мая по- нормам	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, ослюнений, оцарапывания животными

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Хабарламаның берілген күнімен уақыты, кім хабарлады Дата и час сообщения, кто передал	Хабарлама жіберуші медициналық ұйымының атауы Наименование медицинской организации, пославшей сообщение	Зардап шеккен адамның теңі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда),	Жасы Возраст	Мамандығы Профессия	Мекенжайы Домаш-
--	--	--	--	-----------------	------------------------	---------------------

			Фамилия, имя, отчество (при наличии) пострадавшего			ний адрес
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Күні Дата		Диа- гноз	Жануар- дың түрі Вид живот- ного	Жануар иесінің ме- кен- жайы Адрес хозяина жи- вотного	Ветеринария анықтама нө- мірі Номер ветеринарной справки	Ветеринария анықтаманы ал- ған күні Дата получения ветеринар- ной справки
Ті- стел- ген Укуса	Көмек сұ- раған Обраще- ния					
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 Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 265/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года №___

**Сүтқоректілердің эктопаразиттерінің талшықтарын тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации очесов эктопаразитов млекопитающих**

Басталуы (Начат) «___» _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «___» _____ 20 ж. (г.)

Рег-ті №	Күні	Материалдың анықталған орны(елді мекеннің және әкімшілік ауданның аталуы)	Жануардың түрі	Ұсақ сүтқоректілердің саны Количество мелких млекопитающих
----------	------	---	----------------	---

№ п /п	Да-та	Место добычи материала (название административного района, населенного пункта, точки сбора)	Вид животного	эктопаразит-термен с эктопарази-тами	эктопара-зиттерсіз без экзопаразитов
1	2	3	4	5	6

Иксодтық кенелер Иксодовые клещи		Гамаздықкенелер Гамазовые клещи	Бүрге Блохи	Бит Вши	Ескерту Примечание
Личинки (L)	Нимфы (N)				
7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «___» _____
№___ бұйрығына
266-қосымша
Приложение 266
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 № 266/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа 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
ЖУРНАЛ**

**учета дозиметрического контроля дефектоскопов, источники
ионизиционного излучения и спектрометров**

Басталуы (Начат) «___» _____ 20___ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) «___» _____ 20___ ж. (Г.)

Кәсіпорын атауы Наименование предприятия	ИСК ИИИ	Зауыт нөмірі Завод номер	Альфа-бета және гамма рентген сәулеленудің өлшем саны Количество замеров альфа- бета и гамма рентген излуче- ния	Өлшем диапазо- ны Диапа- зон из- мерений	Хатта- ма нө- мірі Номер прото- кола	Радон- ды өл- шеу са- ны Количе- ство за- меров радона	Өлшем диапазо- ны Диапа- зон из- мерений	Хатта- ма нө- мірі Номер прото- кола	Ба- қыл- лау күні Дата кон- троля
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
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 №267/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 267/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

**Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау органдарының
инфекциялық және паразиттік ауруларды есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета инфекционных и паразитарных заболеваний государственными
органами
санитарно-эпидемиологического контроля**

Басталуы (Начат) «___» _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тір-кеу нөмірі	Эпидемиологиялық нөмірі	Телефон арқылы алынған (берілген) айы, күні және сағаты алғашқы шұғыл хабарламаны жіберген (алған) адамның аты, жөні	Хабарлама берген медициналық ұйымның атауы	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда),	Жасы (3 жасқа дейінгі балалардың туған айы мен жылын көрсетіңіз)
Регистрационный номер	(Эпидемиологиялық нөмірі)	Дата и часы сообщения (приема) по телефону и дата отсылки (получения) первичного экстренного извещения кто передал, кто принял	Наименование медицинской организации, передавшей сообщение	Фамилия, имя, отчество (при наличии) больного	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)	Жұмыс, оқу орнының атауы, мектеп жасына дейінгі балалар ұйымының (сынып, топ) атауы, соңғы барған күні	Ауырған айы, күні, жылы	Диагноз және оның қойылған күні, айы, жылы	Ауруханаға жатқызылған күні, айы, жылы және орны
Домашний адрес (город, село, улица, номер дома, номер квартиры)	Наименование места работы, учебы, детской дошкольной организации (класс, группа) дата последнего посещения	Дата заболевания	Диагноз и дата его установления	Дата, место госпитализации
7	8	9	10	11

жалғасы/ продолжение

Дәрігерге алғашқы қаралған күні	Өзгертілген (нақтыланған) диагнозы, оның анықталған күні	Эпидемиологиялық қарап-тексеру жүргізілген күн, инфекциялық ауру ошағында тексеру жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты	Тұрақты мекенжай бойынша, балалар ұйымынан, оқу, жұмыс, орындары бойынша ауру оқиғасы туралы мемлекеттік санитариялық эпидемиологиялық органдарға хабарланған күн, ай, жыл	Зертханалық тексерулер, олардың нәтижелері	Ескерту
Дата первичного обращения	Измененный, (уточненный) диагноз и дата его уточнения	Дата эпидемиологияльного обследования, фамилия, имя, отчество обследовавшего очаг инфекционного заболевания	Дата сообщения о заболевании в государственные органы санитарно-эпидемиологического надзора по месту постоянного жительства, в детскую организацию, по месту учебы, работы	Лабораторные исследования, результаты	Прием-ча-ние
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «___» _____
№___ бұйрығына
268-қосымша
Приложение 268
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «___» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 268/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 268/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

Спектрометриялық зерттеулерді тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации спектрометрических исследований

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Журнал бойынша нөмірі Номер по журналу	Өлшеу жүргізілген күн Дата проведения измерения	Үлгінің атауы Наименование образца	Үлгінің салмағы (гр) Вес образца (гр)	Үлгіні өлшеу уақыты (сек) Время измерения образца (сек)
1	2	3	4	5	6

Радионуклидтердің белсенділігі, Бк/кг/л/дм³						
Активность радионуклидов						
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
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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 269/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

Өнеркәсіптік объектілерді зерттеп-қарауды тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации обследований промышленных объектов

Тіркеу Нөмірі Регистра ционный номер	Күні Дата	объектінің атауы Наименование объекта	Өлшеу жүргізілген орын Место проведения измерений	Гамма сәулеленудің ЭМК мкЗв/с /МЭД гамма излучения мкЗв/час	
				Өлшем саны Количество измерений	Өлшеу нәтижелері Результаты измерений
1	2	3	4	5	6

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

ЖУРНАЛ

регистрации измерений проведенных в рентгенологических кабинетах

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Объектінің атауы Наименование объекта	Өлшеу жүргізілген орын Место проведения измерений
1	2	3	4

Рентген сәулеленудің мкЗв/с /рентген излучение мкЗв/час				Өлшеу жүргізген, Т.А.Ө (при наличии), қолы Измерения проводил Ф.И. О (при наличии), подпись
Өлшем саны Количество измерений	Өлшеу нәти- желері Результаты измерений	Өлшемнен асқан өлшемдер саны Количество измерений с превышением	Өлшеу нәти- желері 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.)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
272-қосымша
Приложение 272
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №272/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 272/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Қоршау конструкцияларының дыбыс оқшаулауын өлшеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации измерения звукоизоляции ограждающих конструкции

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі			Өлшеулер саны		Өлшеулер жүргізген мамандарды Т.А.Ә (болған)
			Количество замеров		

Реги- страци- онный номер	Күні айы, жы- лы Да- та, ме- сяц, год	Шаруашылық жүргізікші субъек- тінің, ұйымның атауы Наименование хо- зяйствующего субъекта, организации	Фо- но- вый шум	ре- вер- бе- ра- ции	Воздушный шум		Ударный шум		Қолданыл- ған құрал- дардың ата- уы Наименова- ние исполь- зованных приборов	жағдайда) және қолы Ф.И.О (при нали- чии)и подпись специалистов проводивших измерения
			Бар- лы- ғы Все- го	Бар- лы- ғы Все- го	Бар- лы- ғы Все- го	Рұқсат етілген шегінен жоғары Выше ПДУ	Бар- лы- ғы Все- го	Рұқсат етілген шегінен жоғары Выше ПДУ		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «___» _____
№___ бұйрығына
273-қосымша
Приложение 273
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «___» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №273/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 273/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттамаларды тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации протоколов об административных правонарушениях

№ п/п	Құқық бұзушылықты анықтаған орган	Әкімшілік істің нөмірі	Жасалған күні	Аты-жөні хаттаманы толтырған, Хаттама жасаған адамның лауазымы	Жеке тұлға, заңды тұлға, жеке кәсіпкер туралы мәліметтер (ЖСН, БСН, Т. А. Ә., мекенжайы)	Жұмыс түрі, лауазымы, жұмыс орны, телефоны	Жасалған орны,	ҚР ӘҚБтК біліктілігі	Өндірісті қамтамасыз ету шаралары
	Орган виявив-	Номер административ-	Дата			Род занятий, долж-			Меры обеспе-

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ший пра- вонару- шение	тивно- го дела	за- ве- де- ния	Ф.И.О (при наличии) ли- ца составив- шего прото- кол, Должность лица соста- вившего протокол	Сведения о физическом лице, юридическом лице, индивиду- альном предпринимателе (ИНН, БИН, ФИО, адрес)	ность, ме- сто работы, телефон	ме- кен- жайы. Ме- сто со- вер- ше- ния, адрес.	Ква- ли- фи- ка- ция Ко- АП РК	чения произ- водства

жалғасы

продолжение

Тұлғаны әкімшілік жауапкершілікке бұрын тартылғаны туралы деректер Данные о раннем привлечении к административной ответственности лица	Өтініс-хаттардың 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 «___» _____
№___ бұйрығына
274-қосымша
Приложение 274
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «___» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №274/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 274/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

**Ұсақ сүтқоректілердің санын есепке алудың
ДАЛАЛЫҚ ЖУРНАЛЫ
ПОЛЕВОЙ ЖУРНАЛ
учета численности мелких млекопитающих**

Басталуы (Начат) «___» _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «___» _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Күні	Материалды алу орны (әкімшілік аймағының атауы мен зерттеу нүктесі)	Аулау құралдарының саны	Ұсақ сүтқоректілердің саны		Биосына-	Сүтқоректілер санының пайыздық көрсеткіші
---------------	------	---	-------------------------	----------------------------	--	----------	---

Регистрационный номер	Дата	Место добычи материала (название административного района и точка обследования)	Количество орудий улова		Количество мелких млекопитающих	Ұрғашылардың генеративтік күйі және жынысы Пол и генеративное состояние самок	ма № № биопробы	Показатель численности мелких млекопитающих %
			торлар-ловушки	қақпан-қапқан				
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 № № (стра-	Коды (Код)
--	-------------------------	---------------

	ни- цы)	
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	
Арудың 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 приняты 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 «___» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №276/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 276/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

Инфекциялық және паразиттік ауру ошағын эпидемиологиялық зерттеп-қарау

КАРТАСЫ

КАРТА

эпидемиологического обследования очага инфекционного и паразитарного заболевания № _____

1. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (пн
наличии) больного)

2. Жынысы (Пол) _____ науқас жергілікті (больной местный), сырт 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 диагностическ
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 кюю Переливание крови и ее препаратов		
Медициналық іс-әрекеттер, қандай екендігін көрсетіңіз Медицинские манипуляции, указать какие		
Жануарлармен, құстармен байланысы Общение с животными, птицами		
Су құбырларында, канализацияда апат болуы Аварии на водопроводе, канализации		
Басқалар (жазыңыз) Другие (вписать)		

22. Инфекцияның көзі болып табылуы мүмкін адамдар (Лица, которые могли явиться источником инфекции)

Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Пациенттің ЖСН ИИН пациента	Қарым-қатынас сипаты Характер отношений	Араласқан орны Место общения	Тексеру нәтижесі Результат обследования

23. Инфекцияның ықтималды берілу факторлары туралы мәліметтер (Сведения о наиболее вероятных факторах передачи инфекции)

Болжамды берілу факторлары Предполагаемые факторы передачи	Қолданған күні мен уақыты Дата и время употребления	Дайындалған (қолданған) орны Место приготовления (употребления)	Жұқтыруға ықпал еткен жағдайлар Обстоятельства, способствующие заражению

24. Инфекция ошағында тұрғылықты жері бойынша жүргізілген шаралар (мекен-жайы) (Мероприятия в очаге по месту жительства (адрес))

Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Туыстық жақындығы Степень родства	Байланыста болған адамдардың егу мәртебесі Прививочный статус контактных лиц	Жұмыс орны Место работы	Тексерілу күні Дата обследования	Анықталған науқастар, бактерия тасымалдаушылар Выявлено больных, бактерио-носителей	Егілгендер, фаг алғандар (күндері, препарат) Привито, профагировано (даты, препарат)	Дезинфекциялау түрі, күні Тип дезинфекции, дата

25. Жұмыс, оқу орнындағы инфекция ошағында жүргізілген шаралар (мекен-жайы) (Мероприятия в очаге по месту работы, учебы (адрес))

Ұжымның атауы Наименование коллектива	Қарым-қатынаста болғандар саны	Зертханалық жолмен тексерілгендер (күні, саны) Обследовано лабораторно (дата, количество)	Анықталған науқастар, бактерия тасымалдаушылар Выявлено больных, бактерионосителей	Егілгендердің, фаг алғандардың саны (күндері, препарат) Привито, профагировано (даты, препарат)	Мерзімі (срок)	Дезинфекциялау түрі (күні) Тип дезинфекции (дата)

	Число кон- такт- ных				
--	----------------------	--	--	--	--

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

сүмен 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

жители́ства) _____

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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 277/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

**Зоонозды аурулар ошағын эпизоотологиялық-эпидемиологиялық зерттеп-
қарау
КАРТАСЫ
КАРТА
эпизоотолого-эпидемиологического обследования очага зоонозного
заболевания**

1. Нозологиялық түрі (Нозологическая форма) _____
2. Қоздырғыштың түрі (Вид возбудителя) _____

3. Ауырған немесе ауруға күдікті жануардың анықталғаны туралы хабарламаның алынған күні (Дата получения сообщения о выявлении заболевания животного или подозрение на него):

а) _____
_____ 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)

Жануарда (у животного)

Адамда (у человека) _____

6. Эпизоотологиялық-эпидемиологиялық тексеру күні (Дата эпизоотолого-эпидемиологического обследования)

Ауру ошағы туралы мәліметтер (Сведения об очаге заболевания)

7. Жануарлардың немесе адамдардың ауырғаны туралы мәліметтер соңғы тіркелген жыл (Год регистрации последних случаев заболевания животных или людей) _____

8. Жануар (лар) дың ауруы анықталған күн (Дата выявления настоящего заболевания животного (ых))

9. Ауру ошағының орналасуы (шаруашылық, елді мекен, ферма, отар, цех және басқалары) (Локализация очага (хозяйство, населенный пункт, ферма, отара, цех и другие))

		Ұсақ мал		Шош-қалар	Басқа	Ит-тер	Мысық-тар			Жа-нагт-қа	Бас-қа	Жа-байы	Ке-мір-
--	--	----------	--	-----------	-------	--------	-----------	--	--	------------	--------	---------	---------

	Ірі кара мал Крупный рогатый скот	Мелкий рогатый скот	Жылқылар Лошади	Свиньи	ауыл шарушылық мал Другие сельскохозяйственные животные	Собаки	Кошки	Қасқырлар Волки	Түлкілер Лисы	әрізде-сигтер Енто-видные со-баки	жабайы жыртқыш тар Другие дикие хищники	тұяқтылар Дикие копытные	гіштер Грызуны	Анықталмағандар Неуставленные
Жеке(1) Личные														
Жалпы (2) Общие														
Жабайы (3) Дикие														

иесінің мекен-жайы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (адрес, Ф.И.О (при наличии) владельца)

10. Ауырған және өлген (өлтірілген) малдың түрі мен тиістілігі (Вид и принадлежность заболевших и павших (убитых) животных)

күнін жазыңыз (вписать число)

11. Инфекцияның табиғи-ошақтық ошағындағы алдыңғы эпизоотологиялық жағдай (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		
	Кеміргіштер санының ұлғаюы	Тасымалдаушылар санының ұлғаюы	Кеміргіштер санының ұлғаюы	

Осы инфекция бойынша аумақ энзоотикалы Территория по данной инфекции энзоотична		Увеличение численности грызунов		Увеличение численности переносчиков		Увеличение численности грызунов				Қансорғыш буынақтылардың болуы және санының өсуі Наличие и рост численности кровососущих членистоногих		Эпизоотияның болуы Наличие эпизоотии	
						жабайы диких		синантропты синантропных					
иә да	жоқ нет	иә да	жоқ нет	иә да	жоқ нет	иә да	жоқ нет	иә да	жоқ нет	иә да	жоқ нет	иә да	жоқ нет

12. Жануарлардың осы ауруды тудыруға себепші болған жағдайлар (астын сызыңыз): анықтау мүмкін болмады (1), инфекцияны жұқтырған жануарлардың сырттан әкелінуі (02), инфекцияланған жем-шөптің сырттан әкелінуі (03), жабайы немесе қараусыз малдың пайда болуы (04), инфекцияланған тасымалдаушылардың пайда болуы (05), кеміргіштер санының өсуі (06), қайта топтастыру немесе ауру жануарлармен бірге ұсталуы (07), инфекцияланған жайылымдарды, суаттарды пайдалану (08), жер қазу жұмыстарын жүргізу (09), басқалары (10).

(Условия, способствовавшие возникновению настоящих заболеваний животных (подчеркнуть): выявить не удалось (01), завоз инфицированных животных (02), завоз инфицированных кормов (03), появление диких или безнадзорных животных (04), появление инфицированных переносчиков (05), рост численности грызунов (06), перегруппировка или совместное содержание с больными животными (07), использование инфицированных пастбищ, водоемов (08), проведение земляных работ (09), другие (10).)

13. Жануарлар мен сыртқы ортадан алынған материалды зертханалық зерттеу (Лабораторное исследование материала от животных и из внешней среды):

Жануардың түрі, зерттелген материалдың атауы Вид животного, наименование исследованного материала	Зерттеу күні Дата исследования	Зерттелген үлгілердің саны Число исследованных проб	Зерттеу әдісі Метод исследования	Нәтижелер (қоздырғыштың түрі, серовары., титрі) Результаты (вид, серовар, титр возбудителя)
--	-----------------------------------	--	-------------------------------------	--

14. Ауру жануарлар оқшауландырылды, өлді, өлтірілді, ошақтың сыртына шығарылды, қашып кетті, ошақта қалды, өлекселері өртелді, кәдеге жаратылды, көмілді, ауру жануардың өнімдері (шикізат): үйде қолданылды, жекеше түрде таратылды, қоймаға өткізілді, көтерме және бөлшек саудада сатуға, қоғамдық тамақтану объектілеріне жіберілді, жойылды

(астын сызыңыз) (Больные животные изолированы, пали, убиты, вывезены за пределы очага, сбежали, остались в очаге, трупы сожжены, утилизированы, зарыты, продукты (сырье) от больного животного: использованы на дому, розданы частным образом, сданы на склад, отправлены на оптовую и розничную продажу, на объекты общественного питания, уничтожены (подчеркнуть))

15. Ауруды жұқтыруы мүмкін адамдар саны (ауырғандарды қоса) (Число лиц, имевших возможность заразится (включая заболевших))

16. Оның ішінде өндірістік жағдайлар (В том числе в производственных условиях) _____

17. Оның ішінде өздері келіп қаралғандар (в т.ч. обратились самостоятельно) _____

18. Оның ішінде белсенді түрде анықталғандар (в т.ч. выявлены активно) _____

19. Шұғыл профилактикалық немесе антирабиялық көмек алған адамдар саны (Число лиц, получивших экстренную профилактическую или антирабическую помощь)

20. Ошақтағы ауырған адамдар саны (Число заболевших в очаге людей)

2. Сол жағдайлар ауруды жұқтыруы мүмкін адамдарды бақылау (Наблюдение за лицами, имеющими возможность заразиться в тех же условиях)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Жынысы Пол	Туған күні Дата рождения	Үй мекенжайы Домашний адрес	Жұмыс орны, кәсібі Место работы, род занятий	Күні Дата		Болжамды жұқтырылу күні, орны, жағдайы Дата, место, условия возможного заражения
						Қаралу Обращение	Анықталу Выявление	

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Осы инфекцияға қарсы иммунизациялау алдын алдында жүргізілген иммунизациялау күні Дата предшествовавшей иммунизации против данной инфекции	Шұғыл алдын профилактика антирабиялық емдеу (күні, препараты, сериясы, схемелар) схема бұзылған жағдайда себебін көрсетіңіз Экстренная профилактика, антирабическое лечение (дата, препарат, серия, схемы) в случае нарушения схемы указать причину	Емдеуге жатқызу күні мен орны	Зертханалық тексеру күні және нәтижесі Дата и результат лабораторного обследования	Қатынаста болған адамдардың ауырған күні Дата заболевания контактных лиц
---	--	-------------------------------	---	---

		Дата и место госпитализации	
--	--	-----------------------------	--

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 аңдарды ату Отстрел диких животных			
Дерати-зация, м ²			
Табиғи ошақта В природном очаге			
Өндірісте На производстве			
Тұрмыста В быту			
Зерттеу Исследование			
Окшаулау Изоляция			
Союға өткізу Сдача на убой			
Емдеу Лечение			
Шаралар жүргізілмеді Мероприятия не проводились			

	Саны	Күні	Әдісі, құралдары(жою, өңдеу, дезинфекциялау,дезинфекциялау-жазыңыз)	Жүргізу орны
--	------	------	---	--------------

	Ко- личе- ство	Да- та	Способ, средства (уничтожение, переработка, дезинфекция, дезинсекция - вписать)	Место проведе- ния	Орындалуын ба- қылау және нәти- же Контроль испол- нения 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					
Малшаруашылығы шикізаттары мен одан жасалатын бұйымдар Животноводческое сырье и изделия из него					
Су Вода					
Малдың қиы, топырақ Навоз, почва					
Түсіктер, өлі туған ұрықтар, малдың шаранасы және басқасы Абортированные, мертворожден- ные плоды, послед и другие					
Өндірістік үй-жайлар Производственные помещения					
Тұрмыстық үй-жайлар Бытовые помещения					
Басқа факторлар Другие факторы					

23. Инфекцияның берілу факторларын зарарсыздандыру бойынша шаралар

Меры по обезвреживанию факторов передачи инфекции

24. Ошақты жоюжөніндегі іс-шаралар туралы санитариялық-эпидемиологиялық және ветеринариялық қорытынды

Санитарно-эпидемиологическое и ветеринарное заключение о мероприятиях по ликвидации очага

Екпе егілген жануарлар Привито животных	Жойылған жануарлар Уничтожено живот- ных	Союға өткізілгені Сдано на убой	Өңделген алаңдар Обработано площадей	Іс-шаралар жүргізілген жок Мероприятия не проводи- лись
			Дезин- секция	

			Дезин- фек- ция		Дера- ти- 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) _____

16. Ауырған күні Дата заболевания	17. Қаралған (анықталған) күні мен орны Дата и место обращения (выявления)	18. Ауруханаға жатқызылған күні Дата госпитализации	19. Шұғыл хабарлама жіберуге себеп болған диагнозының қойылған күні Дата установления диагноза, по поводу которого прислано экстренное извещение	20. Қорытынды диагноз қойылған күн Дата становления окончательного диагноза	21. 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
Зертханалық жолмен Лабораторно	Бактериологиялық (Бактериологически) (вирусологиялық (вирусологически))		
	Микроскопиялық (Микроскопический)		
	Иммунологиялық (аллергиялық) (Иммунологически (аллергологически))		
	Биохимиялық (Биохимически)		
	Басқа әдістермен (Другими методами)		

27. Науқас бұрын егілген (1), егілмеген (2), оның ішінде эпидемиологиялық көрсетімдерінің, медициналық қарсы көрсетімдерінің салдарынан, бас тартуына, басқа себептерге байланысты (астын сызыңыз) (Больной ранее привит (1), не привит (2), в том числе из-за отсутствия эпидемиологических показаний, по медицинским противопоказаниям, из-за отказа, по другим причинам (подчеркнуть))
28. Шұғыл профилактикалық немесе антирабиялық қарсы көмек көрсету (Экстренная профилактическая или антирабическая помощь): жүргізілді

(проводилась) (1), жүргізілмеді (не проводилась) (2), оның ішінде
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 / малшаруашылығы Другие сель/хоз. животные	Ит Собаки	Мысық Кошки
1	2	3	4	5	6	7

кестенің жалғасы

продолжение таблицы

Қасқыр- лар Волки	Түлкі- лер Лиси- цы	Жанат тәріздіттер Енотовидные соба- ки	Басқа жабайы жыртқы- штар Другие дикие хищники	Жабайы тұяқты- лар Дикие копытные	Кеміргіш- тер Грызуны	Анықталмаған- дар Не установлен- ные
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)

Анықталмады Не 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 Содержание 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 Транспортировки, хранения, переработки животноводческого сырья и других сельскохозяйственных продуктов
1	2	3	4	5	6

кестенің жалғасы

продолжение таблицы

Санитариялық-эпидемиологиялық режим мен қағидалардың бұзылуы Нарушение санитарно-эпидемиологического режима и правил					
Ауылшаруашылығы және басқа да жұмыс түрлерін жүргізу Проведение сельскохозяйственных и других видов работ	Табиғи ошақ аумағында болуы Нахождение на территории природного очага	Жабайы және иесіз жануарлармен байланыста болуы Контакт с дикими и безнадзорными животными	Мал төлдету науқанына қатысуы Участие в окотной компании	Инфекцияланған су көздерін пайдалану Использование инфицированных источников	Басқалар Другие
7	8	9	10	11	12

39. Инфекцияның берілуі ықтимал факторлар (қоршап көрсетіңіз)
Вероятные факторы передачи инфекции (обвести)

Анықталмады Не установлено	Тағам өнімдері Продукты питания			Малшаруашылығы шикізаты мен олардан дайындалған бұйымдар Животноводческое сырье и изделия из него	Су Вода		
	Ет және ет өнімдері Мясо и мясные продукты	Сүт және сүт өнімдері Молоко 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 Наименование мероприятий	Объекті, жүргізу орны, ауданы мІ Объект, место проведения, площадь мІ	Күні Дата	Тәсілі Способ	Құралдары Средства	Орындалуын бақылау және нәтиже Контроль исполнения и результат
Қорытынды дезинфекциялау Заключительная дезинсекция					
Дезинсекция Дезинсекция					
Дератизация Дератизация					
Басқа іс-шаралар Другие мероприятия					

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии),

должность исполнителя) _____ қолы (подпись)

Қалалық (аудандық) ҚР АШМ аумақтық бөлімшесінің бас маманы
(маманы)

Главный специалист (специалист) гор (рай) территориального подразделения МСХ РК

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

қолы (подпись) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «___» _____
№___ бұйрығына
278-қосымша
Приложение 278
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «___» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 278/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 278/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

**Туберкулездің бациллалық түрінің ошағын эпидемиологиялық зерттеп-қарау
КАРТАСЫ
КАРТА
эпидемиологического обследования очага бациллярной формы туберкулеза**

Эпидемиологиялық нөмірі _____ Аудан (район) _____
(Эпидемиологический номер) Елді мекен (Населенный пункт) _____
Шұғыл хабарламаны алған күн _____ Көше, үй (Улица, дом) _____
(Дата получения экстренного Қала, ауыл (керегінің астын

извещения сызыңыз)

Нысан бойынша (по форме) №090/у _____

Нысан бойынша (по форме) №089/у _____

Туберкулез ошағын алғаш рет (Город, село
тексеру күні _____ (нужное подчеркнуть))

(Дата первичного обследования очага туберкулеза)

Мекен-жайы: облыс (Адрес: область) _____

Эпидемиологиялық топқа жатқызылуы (Принадлежность к
эпидемиологической группе)

Бір эпидемиологиялық топтан екінші эпидемиологиялық топқа ауыстыру
күні (Дата перевода из одной эпидемиологической группы в другую)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество (при наличии))

2. Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол): еркек
(мужской), әйел (женский) (керегінің астын сызыңыз) (нужное
подчеркнуть))

3. Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымы (Место работы, учебы, детской
организации) _____

4. Кәсібі (Род занятий) _____ Соңғы рет қаралған күні
(Дата последнего посещения) _____

5. Анықталды: қаралуы кезінде, профилактикалық тексеру кезінде
(керегінің астын сызыңыз) (Выявлен: по обращаемости, при
профилактических осмотрах (нужное подчеркнуть)) _____

6. Ошақтағы оқиғалардың саны (Количество случаев в очаге)

7. Ауырған күні (Дата заболевания) _____ Қаралған күні
(Дата обращения) _____

8. Емдеуге жатқызылған күні (Дата госпитализации)

Емдеуге жатқызу орны (Место госпитализации)

9. Алғашқы диагнозы, қойылған күні (Первичный диагноз, дата
установления)

10. Қорытынды диагнозы, қойылған күні (Окончательный диагноз, дата
установления)

11. Анықтау әдісі (Метод выявления)

12. Туберкулез (БК+) диагнозы қойылған науқасты есепке алу күні (Дата
взятия больного на учет с диагнозом туберкулез (БК+))

13. Туберкулез микобактериясы бөлінген күн (Дата выделения
микобактерии туберкулеза)

15. Қайталану себептері (Причины рецидива)

16. Ауруды интенсивті фазада емдеуді бастаған күн (дата начала
лечения в интенсивной фазе)

1) стационарлық (стационарно)

2) амбулаторлық (амбулаторно)

17. Қарқынды фазада емдеудің аяқталған күні (Дата окончания лечения
в интенсивной фазе)

18. Қолдау фазасында емдеу басталған күн (Дата начала лечения в

поддерживающей фазе)

1) стационарлық (стационарно)

2) амбулаторлық (амбулаторно)

19. Қолдау фазасында емдеу аяқталған күн (Дата окончания лечения в поддерживающей фазе)

20. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения)

21. Туберкулез диагнозы қойылғанға дейінгі науқас туралы деректер
(Данные о больном, до установления диагноза туберкулез):

1) Науқасқа жасалған профилактикалық екпелері туралы мәліметтер
(Сведения о профилактических прививках больного)

2) Науқасқа жасалған туберкулин диагностикасы туралы мәліметтер
(Сведения о туберкулинодиагностике больного)

3) Науқасты рентгендік-флюорографиялық тексеру туралы мәліметтер
(Сведения о рентгено-флюорообследовании больного)

4) Науқасты бактериоскопиялық тексеру туралы мәліметтер (Сведения о
бактериоскопическом обследовании больного)

5) Туберкулезбен ауыратын науқастың қоса өтетін аурулары
(Сопутствующие заболевания больного туберкулезом)

22. Инфекция жұқтырудың болжамды көзі (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 Срок 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	Манту реакциясының күні Дата реакции Манту	Манту 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 Даты рентгенофлюоро- скопии	Ауруды жұқтырған балаларға, жасөспірімдерге жүргізілген химиялық профилактика		Шипажайлық топқа түскен күні Дата поступления в санаторную группу
			Химиопрофилактика Инфицированным детям, подросткам		
			Басталуы Начало	Аяқталуы Окончание	

Ауыл шаруашылық және үй жануарлары мен құстарын туберкулезге тексеру туралы деректер Данные об обследовании сельскохозяйственных и домашних

животных и птиц на туберкулез

Тіркеу нөмірі Регистрацион- ный номер	Жануарлардың тү- рі мен саны Вид и количество животных	Туберкулезге тексеріл- ген күн Дата обследования на туберкулез	Ауру жануарлар мен құ- стар анықталды Выявлено больных жи- вотных и птиц	Ауру малды союға жі- берген күн Дата сдачи больного скота на убой	Ескер- ту Приме- чание

25. Науқасқа қосымша тұрғын үй алаңы қажетпе (Требуется ли больному дополнительная жилая площадь)

26. Мектеп жасына дейінгі ұйымдарда және мектеп жасындағы оқшаулауды қажет ететін балалар саны (Количество детей, нуждающихся в изоляции в дошкольных организациях и интернатные организации школьного возраста)

27. Науқасты бациллярлық есептен шығару күні (Дата снятия больного с бациллярного учета)

28. Бациллярлық ошақты есептен шығару күні (Дата снятия бациллярного очага с учета)

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии) должность исполнителя) _____ қолы
(подпись) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «___» _____
№___ бұйрығына
279-қосымша
Приложение 279
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «___» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 279/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 279/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

**Іш сүзегінің, А,В паратифтерінің бактерияларын тасымалдаушыларды
есепке алу
КАРТАСЫ
КАРТА
учета носителя бактерий брюшного тифа, паратифов А,В
№ _____**

1. Тегі (Фамилия) _____ Аты (Имя) _____ Әкесінің аты (болған жағдайда) (Отчество (при наличии)),

2. Туған күні (Дата рождения) _____

3. Мекен-жайы (Домашний адрес) _____

4. Жұмыс, оқу орны (Место работы, учебы) _____

5. Кәсібі (Профессия) _____

6. Қысқаша 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	Ошақтың сипаты (жанұя, пәтер, жұмыс орны және басқалар)	Ауырған күні	Фаготүрі
Фамилия	Характеристика очага (семья, квартира, место работы и другие)	Дата заболевания	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, фагтау, ауруханаға жатқызу, емдеу мен
 б.-күндер бойынша (разъяснительная работа, улучшение санитарного
 режима, текущая дезинфекция, фагирование, госпитализация,
 лечение и др. – по датам)

14. Бактерия тасымалдаушыны зертханалық зерттеудің нәтижелері
 (Результаты лабораторных исследований носителя бактерий)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Бактериологиялық Бактериологические				Серологиялық Серологические			
	күні дата	зерттеу материалы (өт, несеп, нәжіс) материал исследования (желчь, кал, моча)	нәтиже результат	фаготүр фаготип	күні дата	Іш сүзегі Брюшной тиф		
						Н	О	ВИ

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (Фамилия, имя,
 отчество (при наличии), должность исполнителя) _____ ҚОЛЫ
 (подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «___» _____
№___ бұйрығына
280-қосымша
Приложение 280
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «___» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 280/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 280/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

**Жануардың тістеуінен, сілекей жұғыуынан, тырнауынан адам зардап шеккен
оқиғаны эпидемиологиялық тергеп-тексеру
КАРТАСЫ
КАРТА
эпидемиологического расследования случая укуса, ослонения,
оцарапывания пострадавшего животным**

1. Қалалық (аудандық) ТҚҚБ (Гор (рай) УЗПП)

2. Зардап шеккен адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя,

отчество (при наличии) пострадавшего)

3. Жасы (Возраст) _____

4. Мекен-жайы, (Домашний адрес,) телефон № _____

5. Жұмыс, оқу орны (Место работы, учебы), телефон № _____

6. Тістеген күні (Дата укуса) _____

7. Бірінші рет қаралған күні, алғашқы көмек көрсеткен ұйымның атауы
(Дата первичного обращения, наименование организации, оказавшего
первую помощь) _____

8. Шұғыл хабарлама берілген күн, кім жолдады (ұйым) (Дата подачи
экстренного извещения, кем направлено (организация))

9. Қалалық (аудандық) ТҚҚБ шұғыл хабарламаны алған күн (Дата
получения экстренного извещения, гор (рай) УЗПП)

10. Эпидемиологиялық тергеп-тексеру басталған күн (Дата начала
эпидемиологического расследования)

11. Медициналық ұйымға келген күні (Дата явки в медицинскую
организацию) _____

12. Қандай жағдайда тістелді (Обстоятельства укуса)

13. Зақымның сипаты, оның орналасуы (Характер повреждения, его
локализация)

14. Емдеу шаралары (Лечебные мероприятия): егу курсы – антирабиялық
вакцина (КОКАВ) сериясы
(курс прививок – антирабическая вакцина (КОКАВ) серия)

жарамдылық мерзімі (срок годности) _____ өндіруші фирма
(фирма-производитель)

А) толығын бастады (полный начат) _____ аяқтады (окончен)

Б) толық емесі басталды (неполный начат) _____ аяқталды
(окончен) _____

Ауруханаға жатқан күні (Дата госпитализации) _____ орны (место)

Иммуноглобулинді енгізу күні (Дата введения иммуноглобулина) _____
дозасы (доза) _____ сериясы
(серия) _____

Жарамдылық мерзімі (срок годности) _____ өндірішу фирма
(фирма-производитель) _____

Өз еркімен егуді тоқтатуы (Самовольное прекращение
прививок) _____

Бас тартуы (отказ) _____

Асқынулар (осложнения) _____

15. Жануар туралы мәліметтер (Сведения о животном) _____

Түрі (Вид) _____

Иесінің Т.А.Ә (болған жағдайда) және мекен-жайы (Ф.И.О (при наличии), и адрес
владельца) _____

16. Мемлекеттік ветеринариялық қызметке хабарлама жіберілген күн
(Дата направления извещения в государственную ветеринарную
службу) _____

17. Жануарды бақылаудың нәтижесі (өлді, өлтірілді, белгісіз, сау)

(Результат наблюдения за животным
(пало, убито, неизвестно, здорово))

18. Құтырма клиникалық, зертханалық жолдармен белгіленеді (Бешенство
установлено клинически, лабораторно)

19. Ошақта жүргізілген шаралар, санитариялық-ағарту жұмыстары
(Мероприятия, проведенные в очаге,
санитарно-просветительная работа)

20. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

21. Эпидемиологиялық тергеп-тексерудің аяқталған күні (Дата окончания
эпидемиологического расследования)

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя,
отчество (при наличии), должность
исполнителя _____
қолы (подпись) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «___» _____
№___ бұйрығына
281-қосымша
Приложение 281
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «___» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 281/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 281/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

Инфекциялық ауру ошағында ағымдық дезинфекцияларды бақылау картасы
Карта
контроля текущей дезинфекции в очаге инфекционного заболевания

1. Алғашқы және соңғы диагноз (Диагноз – предварительный, окончательный) _____
2. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии))

больного)

3. Жасы (Возраст) _____

4. Мамандығы (Профессия) _____

5. Жұмыс, оқу орны (Место учебы, работы) _____

6. Мекен-жайы (Адрес) _____

7. Науқас аурудан жазылғанға, ауруханаға жатқызылғанға дейін қалдырылды (астын сызыңыз) (Больной оставлен до выздоровления, догоспитализации (подчеркнуть))

8. Медициналық ұйым (Мед.организация) _____

9. Ауырған күні (Дата заболевания) _____

Жүгінген күні (Дата обращения) _____

Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза) _____

Дезинфекция басталған күн (Дата начала проведения дезинфекции) _____

10. Режимнің бұзылғандығы анықталды (Выявлены нарушения режима) _____

11. Қолданылған дезинфектанттар (Использованные дезинфектанты) _____

Бактериологиялық бақылау Бактериологический контроль			Химиялық бақылау Химический контроль		
Күні	Алынған үлгілердің саны	Олардың ішінде қанағаттанарлықсыз	Алынған үлгілер саны	Олардың ішінде	
Дата	Число отобранных образцов	Из них неудовлетворительных	Число отобранных образцов	Из них	
				Концентрациясы төмен	Концентрациясы жоғары
				Заниженных концентраций	Завышенных концентраций

12. Ағымдық дезинфекциялауды бақылау күні (Дата контроля текущей дезинфекции) _____

13. Дезинфекциялау тоқтатылды (науқас аурудан сауықты, диагнозы өзгертілді, емдеуге жатқызылды, қайтыс болды) _____

(Дезинфекция прекращена (больной выздоровел, изменен
диагноз, госпитализирован, умер)) _____

Бақылау жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) және қолы
(Фамилия,
имя, отчество (при наличии) и подпись исполнителя)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «__» _____
№__ 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 органа 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, лауызы (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	Оның ішінде қанағаттанарлықсыз нәтижелер	Дезинфекциялау ерітінділерінен алынған үлгілер саны Число отобранных проб дезрастворов	Олардың ішінен Из них
				Концентрациясы төмен

	Число отобранных образцов	Из них с неудовлетворительным результатом		Заниженной концентрации	Концентрациясы жоғары Завышенной концентрации
1	2	3	4	5	6

Тексеру кезінде анықталды При проверке установлено	Ұсынылды (мерзімдері нақтылана отырып) Предложено (с уточнением сроков)	Орындаушының қолы (тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы) (Фамилия, имя, отчество (при наличии) исполнителя)
7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «___» _____
№___ 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 283/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

Дезинфекцияға, дератизацияға берілетін

НАРЯД

НАРЯД

на дезинсекцию, дератизацию № _____

1. Шаруашылық жүргізуші объектінің (Полное наименование хозяйствующего объекта) _____
2. Мекен-жайы (Адрес) _____
3. Жәндіктің, кеміргіштің түрі (Вид насекомого, грызуна) _____

4. Алаңда шарт өтінім бойынша дезинсекциялау, дератизациялау жүргізілген алаңның көлемі

(Выполнена дезинсекция, дератизация по договору или заявке на площади) _____ м²

5. Өңдеу күні (Дата обработки) _____

Өңделген заттар, үй-жайлар, аумақтар Обработаны вещи, помещения, территории	Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Жұмсалған инсектицидтер, ратицидтер Расход инсектицидов, ратициды	
		Атауы Наименование	Саны (кг) Количество (кг)
1	2	3	4

Дезинсекциялауды, дератизациялауды орындаған адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при наличии), лица выполнявшего

дезинсекцию, дератизацию) _____ Қолы (Подпись)

Жұмыс орындалды, наразылық жоқ (Работа выполнена, претензий нет) _____

Тапсырыс беруші өкілінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) мен қолы (Фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись ответственного представителя заказчика) _____

Қолы (подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
284-қосымша
Приложение 284
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 284/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 284/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

Қорытынды дезинфекцияға берілетін

НАРЯД

НАРЯД

на заключительную дезинфекцию

№__ (от) «__» _____ 20 ж. (г.) ____ сағ. (час) ____ мин

Дезинфекциялауға өтінім қабылданды (Заявка на дезинфекцию принята) _____

ұйымның атауы (наименование организации)

Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество
больного) _____ жасы (возраст) _____

Мекен-жайы (Адрес) _____

Диагнозы (Диагноз) _____

Емдеуге жатқызылды (Госпитализация состоялась) 20__ ж.(г.)
_____ сағ. (час) _____ мин

Ауруханаға (В больницу) _____

Үйде қалдырылды (оставлен дома)

Көшіру наряды (Наряд на эвакуацию) № _____

Дезинфекциялауға (Наряд на дезинфекцию вручен) 20__ ж.(г.) _____ сағ.
(час) _____ мин. Тапсырылды

Дезинфекциялауға наряд тапсырған лауазымды тұлға (аты-жөні, қолы)
(ФИО должностного лица, вручившего наряд за дезинфекцию)

Осы жерде бөлшектерді белгілеу

Дезинфекция жасайтын мекемелерге қатысты бөлшегі
Зерттеу 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 в кг
Тұрғын үй-жайлар Жилых помещений	мІ			

Жалпы пайдалану орны Место общего пользования	мІ			
Ауладағы дәретханалар Уборных дворовых	шт.			
Қоқыс салатын жәшіктер Мусор- ных ящиков	шт.			
Ыдыс-аяқжынтығы 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 _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 286/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 286/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

**Иммундық-ферменттік талдау
НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ
иммуно-ферментного анализа**

№ _____ «___» _____ 20__ ж. (г.)

1. Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого)

2. Жасы (Возраст) _____
3. Мекен жайы (Домашний адрес) _____
4. Жұмыс орны (Место работы) _____
5. Диагнозы (Диагноз) _____
6. Үлгіні жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения направившего образец) _____
7. Сынама атауы (Наименование пробы) _____
8. Сынаманы бірінші рет немесе қайталап зерттеу (первичное или повторное исследование пробы) _____
9. Материал алу күні және уақыты (Дата и время забора материала)

10. Сынама жеткізілген күні, уақыты (Дата и время доставки пробы)

11. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____
12. Тексеру мақсаты (Цель обследования) _____
13. Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований):
14. Қоздырғышқа антиденелер (антитела к возбудителю) _____
15. Зерттеу әдістеменің НҚ-ры
НД на метод испытаний

Антигендер (антигены) _____

Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод исследования/испытаний)

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

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы.
(Ф.И.О (при наличии), подпись заведующего лабораторией) _____

Мөр орны Мекеме басшысы (орынбасары)
Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы _____

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

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в __ экземплярах)

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

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға **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 Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 286/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

Адамдардан алынған материалдарды бактериологиялық зерттеу

НӘТИЖЕСІ

РЕЗУЛЬТАТ

бактериологических исследований материала от людей

№ _____ «___» _____ 20__ ж. (г.)

1. Тексерушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого)

2. Жасы (Возраст) _____
3. Мекен жайы (Домашний адрес) _____
4. Жұмыс орны (Место работы) _____
5. Диагнозы (Диагноз) _____
6. Үлгіні жіберген мекемелердің атауы (Наименование учреждений направивший образец) _____
7. Сынаманың атауы (Наименование пробы) _____
8. Сынама алынған күні, уақыты (Дата и время забора материала) _____
9. Материалды жеткізу күні және уақыты (Дата и время доставки материала) _____
10. Тексеру мақсаты (Цель обследования) _____
11. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования) _____

№	Өсіріп алынған өсірінді Выделенная культура	Микробқа қарсы препараттардың атаулары (Наименование антимикробных препаратов)	өсуінің тежелу аймағының диаметрі(мм) диаметр зоны задержки роста (мм)	Сезімтал Чувствительный (S)	Сезімталдығы төмен Умеренно резистентный (I)	Төзімді Резистентный (R)	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний
1	2	3	4	5	6	7	8

Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод исследования/испытаний)

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

Қолы (Подпись)

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны 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 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**

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

	<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ 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 № 287/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 287/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____</p>

**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 әдістемесінің 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 туберкулез (Псевдотуберкулез) _____
 - 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)

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 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

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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 288/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

Микробтарға қарсы қолданылатын препараттарға сезімталдықты анықтау

НӘТИЖЕСІ

РЕЗУЛЬТАТ

определения чувствительности к антимикробным препаратам

№ _____ от «___» _____ 20__ ж. (г.)

1. Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого) _____

2. Жасы (Возраст) _____

3. Мекен жайы (Домашний адрес) _____

4. Диагнозы (Диагноз) _____

5. Үлгіні жолдаған мекемелердің атауы (Наименование учреждений направивший образец) _____

6. Көлемі (Объем) _____

7. Топтамалар нөмірі (Номер партий) _____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

9. Сынама атауы (Наименование пробы) _____

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

11. материалды алу күні және уақыты (Дата и время забора материала) _____

12. Тексеру мақсаты (Цель обследования) _____

13. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования) _____

№	Микробтарға қарсы қолданылатын препараттардың атауы Наименование антимикробных препаратов	Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Препараттардың сезімталдығын анықтау Определение чувствительности к препаратам			
			Сезімталдылығы жоғары Высокочувств.	Сезімталды Чувствительный	Сезімталдығы төмен Слабо чувств.	Төзімді Устойчив
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «___» _____
№___ бұйрығына
289-қосымша

Приложение 289
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «___» _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ №___ бұйрығымен бекітілген №289/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының және мекеменің атауы Наименование государственного органа и организации санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 289/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

**Полимераздық тізбектеу реакциясы
НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ**

полимеразной цепной реакции

Сынама нөмірі ___ (жылғы) ___ № ___
№ ___ от ___ (г.) Номер пробы

1. Тексерушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество обследуемого (при наличии)) _____

2. ЖСН (ИИН)

3. Жасы (Возраст)

4. Үй мекенжайы (Домашний адрес)

5. Жұмыс орны (Место работы)

6. Байланыс телефоны (Контактный телефон)

7. Диагнозы (Диагноз)

8. Үлгіні жіберген мекеменің атауы

(Наименование организации направившего образец)

9. Сынаманың атауы (Наименование пробы)

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

11. Сынама алынған күні, уақыты (Дата и время забора)

12. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)

13. Тексеру мақсаты (Цель обследования)

14. Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований): ПЦР на /указать вид инфекции

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

Қолы

(Подпись)

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), заведую
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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 290/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

**Санитариялық-эпидемиологиялық
ҚОРЫТЫНДЫ
Санитарно-эпидемиологическое
ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

№ _____
«___» _____ 20__ ж. (г.)

1. Санитариялық-эпидемиологиялық сараптау (Санитарно-эпидемиологическая экспертиза)

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 организаций (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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 291/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

**Жұмыскерде кәсіптік аурудың (уланудың)
бар болуына күдіктену кезіндегі еңбек шарттарының
санитариялық-эпидемиологиялық сипаттамасы
Санитарно-эпидемиологическая характеристика
условий труда работающего при подозрений у него
профессионального заболевания (отравления)**

№ _____

Жылы, айы, күні (число, месяц, год)

Жұмыскер

(Работник): _____

Аты-жөні (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Туған датасы (дата рождения): _____

Диагнозды анықтаған кездегі жұмыскердің мамандығы мен лауазымы

Профессия или должность работника в момент установления

диагноза: _____

Кәсіпорынның (жұмыс берушінің) толық атауы

(Полное наименование предприятия) (работодателя):

Мекенжайы, меншік формасы

Адрес, форма собственности: _____

Цехтың, учаскенің, шеберхананың және тағы сондайлардың атауы

Наименование цеха, участка мастерской и прочие: _____

Жалпы жұмыс өтілі (Общий стаж работы): _____

Осы мамандық (лауазым) бойынша өтілі (Стаж работы в данной профессии
(должности)): _____

Өндірістік ортаның қандай зиянды факторларымен бұрын байланыс болған
(С какими вредными факторами производственной среды имел контакт
ранее)

Жұмыскердің сөзінен немесе бар болған материалдардың негізінде

факторлар тізбесі, қандай өндірісте, байланыс ұзақтығы

(перечень факторов, на каком предприятии, длительность контакта со
слов работающего или на основании имеющихся материалов)

Зиянды өндірістік фактормен байланыс тоқтатылғаннан кейін ауырудың
пайда болуы кезінде

(При возникновении заболевания после прекращения контакта с вредным
производственным фактором),

Цехты, кәсіпорынды жою, оны реконструкциялау жағдайларында, зиянды факторла
туралы еңбектің зиянды жағдайларына байланысты мамандыққа тиесілігін растайт
басқа құжаттар ұсынылады

(в случае ликвидации цеха, предприятия, его реконструкции, о вредных факторах
предоставляются другие документы, подтверждающие принадлежность к професси
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 ортаның барлық зиянды факторлары мен еңбек процесін көрсете отырып өндірістік қызметтің орындалатын технологиялық операцияларын егжей-тегжейлі сипаттау, олардың әсер ету уақытының ұзақтығы %

(Детальное описание выполняемых технологических операций производственной деятельности с указанием всех вредных факторов производственной среды и трудового процесса, длительность времени их воздействия, %)

Технологиялық және техникалық құжаттама, хронометраж, технологиялық режим, орнын аттестаттау материалдары
(технологическая и техническая документация, хронометраж, технологический режим материалы аттестации рабочего места):

Жұмыс орындарында зиянды өндірістік факторларға байланысты өндірістік ортаның жағдайы (Состояние производственной среды в зависимости от вредных производственных факторов на рабочих местах).

Зертханалық және аспаптық зерттеулердің деректері ауырған адамның жұмыс жыл бойынша мүмкіндігінше динамикамен келтіріледі (Данные лабораторных и инструментальных исследований по возможности приводятся в динамике за годы работы заболевшего). Оларды өткізген ұйымның атауы (Наименование организации, их проводившей): _____

Зиянды өндірістік факторлар (вредные производственные факторы):

1. Шаң (Пыль): сапалы сипаттамасы (качественная характеристика) (табиғи немесе жасанды (природная или искусственная), минералды немесе органикалық (минерал или органическая), % химиялық құрам (химический состав в %). Химиялық заттар газдары мен буларының болуы (Присутствие газов и паров химических веществ). Дисперсиялық құрам: конденсаттық немесе дезинтеграциялық аэрозоль (Дисперсионный состав: аэрозоль конденсации или дезинтеграции). Шаңның физикалық-химиялық қасиетінің сипаттамасы (Характеристика физико-химических свойств пыли).

Жұмыс аймағы ауасының шаңдануының сандық көрсеткіштері (Количественные показатели запыленности воздуха рабочей зоны):

жылдар (годы)	Шоғырлануы (Концентрация), мг ³	
	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 мг ³ (Предельно допустимая концентрация), мг ³		жылдар (годы)	сынама саны (количество проб)	шоғырлануы, (концентрация), мг ³		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	Температура, °С	Салыстырмалы ылғалдылық, %	ауа қозғалысы жылдамдылығы, м/	жылылық сәулелену қарқындылығы

(го-ды)			(Относительная влажность,%)		с (Скорость движения воздуха, м/с)		(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 режімі (организация рабочего места, физическая нагрузка, зрительное напряжение, режим 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). Корпус еңкеюі (жоқ, мәжбүрлі) (Наклоны корпуса)(отсутствуют,вынужденные), градуспен корпусстың еңкею бұрыштары (углы наклона корпуса в градусах). Операция, ауысы 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, бетінен) (Откуда перемещается груз (с пола, с рабочей поверхности). Операция, ауыс кезінде жүкті көтеру арақашықтығы мен орын ауыстыруы. Ауысымдық жүк айналы (тоннада) (Расстояние подъема и перемещения груза за операцию, за смену. Сменная грузооборот(тонн)):

Көзге салмақ түсу факторларының сипаттамасы (Характеристика факторов зритель напряжения): оптикалық аспаптармен жұмыс жасау немесе соларсыз (работа с оптическими приборами или без них). Объектілердің өзгешелік көлемі, мм., контра фонның сипаттамасы (Размеры объекта различия в мм., контраст, характеристика ф Еңбек және демалыс режимдерінің сипаттамасы (Характеристика режимов труда и отдыха): ауысымдылығы, ұзақтығы және регламенттелген үзілістерді сақтау, солар ауысым кезінде ұзақтығы, түскі үзіліс ұзақтығы (сменность, продолжительность и соблюдение регламентированных перерывов, их длительность за смену, продолжительность обеденного перерыва):

8. Жеке қорғаныш құралдарын пайдалану (ЖҚК) (Использование средств индивидуальной защиты (СИЗ)): маркасы, қолайсыз өндірістік факторға сәйкес қамтамасыз етілуі, қолдану жүйелігі, пайдалану ережелерін бұзу. Бар болған зиянды факторға ЖҚК сәйкессіздігі (марки, обеспеченность с учетом соответствующего неблагоприятного производственного фактора, систематичность применения, нару правил использования. Несоответствие СИЗ действующему вредному фактору).

9. Санитариялық-эпидемиологиялық сипаттама жасалып жатқан жұмыскердің кәсіп топқа жататын тобында кәсіптік ауырулардың бар болуы немесе болмауы. Осы цех учаскеде, кәсіптік топта кәсіптік ауырулардың немесе уланулардың бар болуы (Нали или отсутствие профессиональных заболеваний в той профессиональной группе, к которой относится рабочий, на которого составляется санитарно-эпидемиологическ характеристика. Наличие профессиональных заболеваний или отравлений в данном участке, профессиональной группе):

10. Жұмыскердің еңбек шарттары санитариялық-эпидемиологиялық нормалау жүйе 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 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 _____ 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 органа санитарно-эпидемиологической службы</p>	<p>Медицинская документация Форма № 292/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____</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 әдістемесінің 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
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «___» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №293/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 294/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

СУ ҚОЙМАСЫ ПАСПОРТЫ № _____
ПАСПОРТ ВОДОЕМА № _____

1. Су қоймасының орналасқан жері (ауданы, елді мекеме)
 Место расположения водоема (район, населенный пункт)
2. Паспорттың толтырылған күні «___» _____
 Дата заполнения паспорта
3. Шаруашылық мақсаты _____
 Хозяйственное назначение

4. Арақашықтық тұрғын үй құрылысынан _____ М,

Расстояние от построек жилых

мал шаруашылығынаң _____ М

животноводческих

5. Су қоймасы карта-схемасы (паспорттың сыртқы бетіне салынады)

Карта-схема водоема (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 обсле- дова- ния	Су қоймасы- ның ауданы Площадь во- доема		Дәрне- сілдің түрлік құрамы Видо- вой со- став ли- чинок	Зерттеу әдісте- месінің НҚ-ры НД на метод испыта- ний	Ұсынылатын іс-шаралар Рекомендуемые мероприятия			
	Жал- пы Об- щая	Ано- фе- ло- ген- ды Ано- фе			Санитариялық- гидротехникалық (тазалау, кептіру)	Биологиялық (гамбу- зирлеу, басқа да био- логиялық агенттер)	Химиялық (ин- сектицидтер, да- му ингибитор- лар)	Физикалық (мұнай өнім- дері)
					Санитарно-гидро- технические (осу- шение, расчистка)	Биологические (гам- бузирование, др. био- логические агенты)	Химические (ин- сектициды, инги- биторы развития)	Физические (нефтепро- дукты, ВЖС и ВЖК)

		логенная						
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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 295/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

**Аса қауіпті инфекцияларды тасымалдаушы иксодты кенелердің аумақта бар болуын барлаушылық тексеріп-қарау нәтижесін есепке алудың жиынтық ведомосы
Сводная ведомость учета результатов рекогносцировочных обследований территорий на наличие иксодовых клещей-переносчиков особо опасных инфекций
20___ ж. (г.)**

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Аумақтың ландшафтты сипаты Ландшафтная характеристика территории	Кезеңдер түрі (ашық, жабық) Тип стадии (открытый, закрытый)	Жиналған кенелер Собрано клещей		
			Барлығы Всего	Кенелердің түрі Виды клещей	%
1	2	3	4	5	6

Кенелер санының көрсеткіштері (флаго-сағат) Показатели численности клещей на (флаго-часов)		Зертханалық зерттеу деректері Данные лабораторного исследования			
Имаго	Басқа фазалар Другие фазы	Тексерілген корлар саны Число обследованных пулов	Бөлінген өсірінділер Выделено культур	ПЦР /%	Бөлінген өсірінділер/ % Выделено культур /%
7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «___» _____
№___ 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 296/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

**Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет органына келу
туралы
шақыру қағазы
ПОВЕСТКА**

о явке в государственный орган санитарно-эпидемиологической службы

Тұлға (Лицо)
Мекенжайы (Адрес)
(адрес)

Сізге ҚР ӨҚБК-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. _____

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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 297/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

Істі өндіріске қабылдау және қарауға тағайындау туралы

**АНЫҚТАМА
ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

о принятии дела к производству и назначении к рассмотрению

2020 жылғы «___» _____ 20___ года

Басшы (орынбасар) Руководитель (заместитель)

_____ қатысты

"Әкімшілік құқық бұзушылық туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің бабының бөлігінде көзделген әкімшілік құқық бұзушылық туралы істі қарауға дайындау кезінде

при подготовке к рассмотрению дела об административном правонарушении, предусмотренного частью статьи Кодекса Республики Казахстан «Об административных правонарушениях» в отношении

Анықтады: Установил:

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы осы іс ведомстволық бағынысты
Данное дело об административном правонарушении подведомственно

Осы істі қарау мүмкіндігін болдырмайтын мән-жайлар жоқ.
Обстоятельств, исключающих возможность рассмотрения данного дела, не имеется.

Іс бойынша іс жүргізу тілі ретінде __ (орыс, қазақ, басқа) анықталсын.
Языком производства по делу определить __ (русский, казахский, другой).

Баяндалғанның негізінде, «Әкімшілік құқық бұзушылық туралы» Қазақстан Республикасы
Кодексінің 701, 812 - 814-баптарын, 816-бабының 1-бөлігін басшылыққа ала отырып,

Анықтады:

На основании изложенного, руководствуясь статьями 701, 812 - 814, частью 1 статьи 816
Кодекса Республики Казахстан «Об административных правонарушениях»

Определил:

_____,
_____ қатысты
«Әкімшілік құқық бұзушылық туралы» Қазақстан Республикасы Кодексінің _____ бабының
_____ бөлігінде көзделген әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс өндіріске қабылдансын
және _____
мекенжайында орналасқан ғимаратта 202 жылғы « » сағат минутта қарауға тағайындалсын.
Принять к производству дело об административном правонарушении в отношении

_____ ,
_____ ,
предусмотренного частью _____ статьи _____ Кодекса Республики Казахстан «Об
административных правонарушениях» и назначить к рассмотрению на часов
минут « » 202__ года в здании _____, расположенного по адресу:

тауарлар мен көрсетілетін қызметтердің
сапасы мен қауіпсіздігін бақылау басқармасының
Басшысы (орынбасары)

Руководитель (заместитель)

управления контроля качества и
безопасности товаров и услуг _____

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы «___» _____
№___ 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 органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 298/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «___» _____ 2021 года № _____

**Полиомиелит немесе жедел енжар паралич жағдайын
эпидемиологиялық тергеп-тексеру
Эпидемиологическое расследование
случая полиомиелита или острого вялого паралича**

1-бөлім. Жағдайды дереу тергеп-тексеру				
1-часть. Немедленное расследование случая				
1. Сәйкестендіру деректері Идентификационные данные				
Эпидемиологиялық нөмір		Тергеу күні	күн	ай
			жыл	

Эпидемиологический номер		Дата расследования	день	ме-сяц	год
Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии)		Елді мекен атауы, мекенжайы Наименование населенного пункта, адрес			
Облыс Область		Район Район			
Туған жылы Дата рождения	күн день	ай ме-сяц	жыл год	жы-ныс пол	Ә Ж Б М
Туған жылы Дата рождения		Туған жылы белгісіз болған жағдайда, шамамен жасын көрсетіңіз Если дата рождения не известна, то укажите примерный возраст			
Әкесінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии) отца		Анасының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии) матери			
2. Регистрация					
Регистрация					
Жағдайды тіркеу күні Дата регистрации случая			күн день	ай ме-сяц	жыл год
Науқастың ауруханаға жатқызу күні Дата госпитализации больного			күн день	ай ме-сяц	жыл год
Медициналық ұйымның атауы Наименование медицинской организации		Ауру тарихы № История болезни №			
Клиникалық диагноз Клинический диагноз		Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии)			
Науқас осы ауру бойынша басқа медициналық ұйымдарға медициналық көмекке жүгінген бе? (белгілеу) Обращался ли за медицинской помощью больной по поводу данного заболевания в другие медицинские организации (отметить)			ия да	жоқ нет	бел-гісіз неиз-вест-но
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 ме-сяц	жыл год
Науқас қайтыс болған жағдайда, өлім уақытын көрсету Если больной умер, то указать дату смерти			күн день	ай ме-сяц	жыл год

Егер наукаста сал ауруы, тырысу немесе басқа неврологиялық бұзылулар – бұлшықет гипотензиясы болса, көрсету				ия	жоқ	бел-гісіз	
Если у больного в анамнезе параличи, судороги или другие неврологические расстройства – мышечная гипотония, то укажите				да	нет	неизвестно	
Көрсетіңіз Укажите	Солғын сал (жылдам дамиды) паралич вялый (быстро прогрессирующий)			ия	жоқ	бел-гісіз	
	Солғын (атоникалық) вялый (атонический)			да	нет	неизвестно	
Егер сал ауруы жедел және енжар емес болса, онда тергеп-тексеруді тоқтату. Диагнозын көрсету: Если паралич не острый и не вялый, то прекратите расследование. Укажите диагноз:							
Егер сал ауруы жедел және енжар болған жағдайда, тергеп-тексеруді жалғастыру Если паралич острый и вялый, то продолжайте исследование							
Аурудың бастапқы кезеңінде (сал) дене температурасының көтерілуі болды ма? Было ли повышение температуры тела в начале заболевания (паралича)?				ия	жоқ	бел-гісіз	
				да	нет	неизвестно	
Асимметриялық сал ауруы? Паралич асимметричный?				ия	жоқ	бел-гісіз	
				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	бел-гісіз	Тыныс алу бұлшықеті Дыхательная мускулатура	ия	жоқ	бел-гісіз
	да	нет	неизвестно		да	нет	неизвестно
Оң аяқ Правая нога	ия	жоқ	бел-гісіз	Мойын бұлшықеті Мышцы шеи	ия	жоқ	бел-гісіз
	да	нет	неизвестно		да	нет	неизвестно
Сол қол Левая рука	ия	жоқ	бел-гісіз	Бет бұлшықеті Мышцы лица	ия	жоқ	бел-гісіз
	да	нет			да	нет	

			неизвестно				неизвестно	
Оң қол Правая рука	ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	Басқа (көрсету) Другие (укажите)	ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Қол сал ауруы Паралич рук		проксималды проксимальный		дисталды дистальный	Екеуі де оба	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Аяқ салы Паралич ног		проксималды проксимальный		дисталды дистальный	Екеуі де оба	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Жүйке функциясының сезімталдығын жоғалту Утрата чувствительности функции нерва					ия да	жоқ нет	белгісіз 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 да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Барған болса көрсету Если выезжал, то укажите	с	күн день	ай месяц	жыл год	дейін до	күн день	ай месяц	жыл год
Қайда (мемлекет, елді мекен) Куда (страна, населенный пункт)								
60 күн ішінде науқастың айналасында салдың басқа жағдайлары болды ма? Были ли другие случаи параличей в окружении больного за последние 60 дней?					ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
4. Екпелік анамнез Прививочный анамнез								
Иммундау кезінде алынған ауызша полиомиелитті вакцина (АПВ) саны Количество доз оральной полиомиелитной вакцины (ОПВ), полученных в ходе иммунизации					жоспарлы плановая			
					қосымша дополнительная			
АПВ соңғы екпесінің күні Дата последней прививки ОПВ					күн день	ай	жыл год	

				ме-сяц		
5. Нәжіс талдамасын жинау Сбор образцов фекалия						
Бірінші нәжіс талдамасының алынған күні Дата взятия первого образца фекалия				күн день	ай ме-сяц	жыл год
Екінші нәжіс талдамасының алынған күні Дата взятия второго образца фекалия				күн день	ай ме-сяц	жыл год
Нәжіс талдамасының вирусологиялық зертханаға жіберілген күні Дата отправки образцов фекалия в вирусологическую лабораторию				күн день	ай ме-сяц	жыл год
Эпидемиологиялық тергеп-тексеру жүргізген мамандар Специалисты, проводившие эпидемиологическое расследование:						
Эпидемиологтың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии) эпидемиолога						
Клиницисттің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии) клинициста						
2-бөлім. 60 (90) күннен кейінгі науқас жағдайын бағалау 2-часть. Оценка состояния больного через 60 (90) дней						
Эпидемиологиялық нөмір Эпидемиологический номер		Тексеру күні Дата расследования		күн день	ай ме-сяц	жыл год
Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии) больного		Елді мекен, мекенжай Населенный пункт, адрес				
Облыс Область		Район				
Туылған күні Дата рождения		күн день	ай ме-сяц	жыл год	жы-ныс 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 Если не проведен, то укажите причину				Науқас бақылаудан шықты больной выбыл из-под наблюдения Науқас қайтыс болды больной умер		

Қаралған жағдайда салды (сал) көрсеті	ия	жоқ	басқа
Если проведен, то укажите наличие параличей (парезов)	да	нет	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
приказа Министра
здравоохранения

Республики Казахстан

от «__» _____ 2021 года

№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 299/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 299/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № _____

**Сүтқоректілер санын есепке алу бойынша стационарлардағы
жұмысты есепке алу күнделігі
Дневник учета работы
на стационарах по учету численности млекопитающих**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г.)

Дата	Стационардың № Күні	Аулау үшін құрылған құралдар саны, дана Количество орудий улова, штук	Ұсақ сүтқоректілердің жалпы саны, бірлік Общее количество мелких млекопитающих, единиц	Сұртышқандар Полевки
	№ стационара			

		торлар ловушки	қақпан қақпан		Та- бын- дық Стад- ная	Қызыл сі- бірлік Красноси- бирская	Эко- ном- ка Эко- ном- ка	Кәдімгі Обычно- венная
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Су полевка- сы Водяная по- левка	Он- датра Он- датра	Тышқандар Мыши					Құртқоректілер (бурозубка- лар) Насекомоядные (бурозубки)			Пасюк Пасюк	Атжалман Хомяк
		Ор- ман Лес- ная	Ма- лютка Ма- лютка	Мы- шевка Мы- шевка	Үй До- мо- вая	Егі- стік По- ле- вая	Қарапай- ым Обычно- венная	Арктика- лық Арктиче- ская	Кі- ші Ма- лая		
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)