

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау
министрлігіҚазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы 4 қыркүйектегі № 104
бұйрығы. Қазақстан
Республикасының Әділет
министрлігінде 2026 жылғы 7
қыркүйекте № 39831 болып
тіркелдіМинистерство здравоохранения Республики
Казахстан

**«Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы
саласындағы есепке алу мен есеп құжаттамасының нысандарын бекіту
туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы № ҚР ДСМ-84 бұйрығына өзгерістер мен
толықтырулар енгізу туралы**

БҰЙЫРАМЫН:

1. «Қазақстан Республикасының халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы есепке алу мен есеп құжаттамасының нысандарын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 20 тамыздағы №ҚР ДСМ-84 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 24082 болып тіркелген) мынадай өзгерістер және толықтырулар енгізілсін:

1-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

«1. Мыналар:

- 1) осы бұйрыққа 1-қосымшаға сәйкес бактериологиялық тесттерді алу актісінің нысаны;
- 2) осы бұйрыққа 2-қосымшаға сәйкес биотесттерді алу актісінің нысаны;
- 3) осы бұйрыққа 3-қосымшаға сәйкес шайындыларды алу актісінің нысаны;
- 4) осы бұйрыққа 4-қосымшаға сәйкес су үлгілерін алу актісінің нысаны;



«ЗҚАИ» ШЖҚ РМК лауазымды тұлғаның ЭЦҚ мәліметі бар QR-код



ҚР НҚА ЭББ-гі нақты
құжатқа сілтеу QR-коды

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

109) осы бұйрыққа 109-қосымшаға сәйкес бақылау мен қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау жөніндегі қызметіне немесе оның жекелеген түрлеріне

(процестеріне, іс-әрекеттеріне) тыйым салу туралы жедел ден қою шараларын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналының нысаны;

110) осы бұйрыққа 110-қосымшаға сәйкес санитариялық-эпидемияға қарсы (қорытынды дезинфекциялау) және санитариялық-профилактикалық іс-шараларды жүргізу туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналының нысаны;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

95-1-қосымша алып тасталсын;

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

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

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

98-2-қосымша алып тасталсын;

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

101-1-қосымша алып тасталсын;

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

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

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

273-1-қосымша алып тасталсын;

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

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

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

1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

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

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

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

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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі

А. Альназарова

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

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Бактериологиялық тесттерді алу актісі Акт отбора бактериологических тестов

(от) « ____ » ____ 20 ____ ж. (г.)

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

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

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

4. Стерилизатордың атауы (Наименование стерилизатора)

5. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора)

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

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

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

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

10. Сақтау шарттары (Условия хранения)

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)	Үлгінің атауы. Үлгіні алу орны. (Наименование образца) (Место отбора образца)	Алынған үлгілердің саны (Количество отобранных образцов)
1	2	3

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

Қолы (Подпись) _____

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

Қолы (Подпись) _____

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
2-қосымша

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « _____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 002/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 002/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

Биотесттерді алу актісі
Акт отбора биотестов

(от) « _____ » _____ 20 _____ ж. (г.)

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

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

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

4. Дезинфекциялық камераның атауы (Наименование дезинфекционной камеры)

5. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора)

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

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

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

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

10. Сақтау шарттары (Условия хранения)

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

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

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

Қолы (Подпись) _____

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

Қолы (Подпись) _____

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
3-қосымша

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 003/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 003/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « » _____ 20 _____ года № _____

Шайындыларды алу актісі
Акт отбора смывов

(от) « » _____ 20 _____ ж. (г.)

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

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

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

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

5. Үлгіні алу мақсаты (Цель отбора образца)

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

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

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

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

10. Сақтау шарттары (Условия хранения)

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

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

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

Қолы (Подпись) _____

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

(при его наличии) производившего отбор образцов)

Қолы (Подпись) _____

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
4-қосымша

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

Приложение 4
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 004/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 004/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

Су үлгілерін алу актісі
Акт отбора образцов воды

(от) «__» _____ 20 __ ж. (г.)

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

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

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

4. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

5. Үлгіні алу мақсаты (Цель отбора образца) _____

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

7. Жарамдылық мерзімі (Срок годности)

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

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

10. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

11. Сақтау шарттары (Условия хранения)

12. Таңбалау (маркировка)

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

14. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

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

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

присутствии которого произведен отбор)

Қолы (Подпись) _____

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

Қолы (Подпись) _____

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
5-қосымша

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

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

(от) «__» _____ 20____ ж. (г.)

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

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

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

4. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора)

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

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

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

8. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

9. Сақтау шарттары (Условия хранения)

10. Үлгіні консервациялау әдістері (Методы консервации образца)

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

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

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

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

Қолы (Подпись)

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

Қолы (Подпись)

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
6-қосымша

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

Приложение 6 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Топырақ үлгілерін алу актісі
Акт отбора образцов почвы

(от) «__» _____ 20 __ ж. (г.)

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

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

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

4. Сынама алынған орын (Место отбора)

5. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора)

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

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

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

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

10. Сақтау шарттары (Условия хранения)

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

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

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

Қолы (Подпись) _____

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

Қолы (Подпись) _____

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
7-қосымша

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

Приложение 7 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 007/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 007/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20____ года № _____

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

(от) _____ 20____ жыл (год)

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

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

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

4. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

5. Үлгіні алу мақсаты (Цель отбора образца)

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

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

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

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

10. Сақтау шарттары (Условия хранения)

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

12. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

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

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

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

Қолы (Подпись) _____

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

Қолы (Подпись) _____

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
8-қосымша

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 008/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 008/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20 ____ года № ____

Радиоактивтілікті зерттеуге үлгілерді алу актісі
Акт отбора образцов на исследование радиоактивности

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

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

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

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

4. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

5. Үлгіні алу мақсаты (Цель отбора образца)

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

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

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

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

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

Тіркеу нөмірі (Регистрацион- ный номер)	Алынған үлгілер тізбе- сі (Перечень отобранных образцов)	Алынған үлгілер саны (Количество отобранных образцов)	Үлгінің салмағы, көлемі (Вес, объем об- разца)	Қаптаманың түрі мен мөрдің (пломба) нөмірі (Вид упаковки и номер печати (пломбы))
1	2	3	4	5

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

Қолы (Подпись) _____

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

Қолы (Подпись) _____

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

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
9-қосымша

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « _____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 009/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 009/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

Дезинфекциялау заттарының сынамаларын алу актісі
Акт отбора проб дезинфицирующих средств

(от) « _____ » _____ 20 _____ ж. (г.)

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

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

3. Негіздеме (тексеру актісінің күні және нөмірі) (Основание (дата и номер акта проверки))

4. Сынама алу орны (Место отбора)

5. Сынама алу мақсаты (Цель отбора)

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

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

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

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

10. Сақтау шарттары (Условия хранения)

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

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

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

Қолы (Подпись)_____

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

Қолы (Подпись)_____

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
10-қосымша

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 010/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 010/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20__ года №_____

**Зоонозды және аса қауіпті инфекцияларға сыртқы орта сынамаларын алу
актісі**

Акт отбора проб внешней среды на зоонозные и особо опасные инфекции

(от) «__» _____ 20__ ж. (г.)

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

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)

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

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

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

7. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

Үлгі нөмірі Номер образ- ца	Алынған сынамалар атауы, алынған орны және нүктелері Наименование отобранных образцов, место и точки отбо- ра	Сынама мөлшері, көлемі Количество пробы, объ- ем	Қосымша деректер Дополнительные дан- ные
1	2	3	4

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

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

произведен отбор)

Қолы (Подпись) _____

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

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

Қолы (Подпись) _____

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2026 жылғы «__» _____

№ ____ бұйрығына

11-қосымша

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау
министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы № ҚР ДСМ-84

бұйрығына

11-қосымша

Приложение 11 к приказу
Министра здравоохранения Республики

Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 011/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 011/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20__ года № _____

Кенелердің сынамааларын алу актісі

Акт отбора проб клещей

(от) «__» _____ 20__ ж. (г.)

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

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

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

4.Тұрғылықты мекенжайы (адрес проживания)

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

6. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

7. Үлгіні алу мақсаты (Цель отбора образца)

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

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

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

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

12. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

13. Сақтау шарттары (Условия хранения)

14. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

Тіркеу нөмірі (Регистраци-	Үлгі №	Елді мекеннің атауы, мекен- жайы	Кене са- ны (бар- лығы)	Сыртқы ортадан жиналған кенелер Собрано клещей от внешней среды					Адамнан алынған кенелер Клещи снятые с людей	
					Жа- ну-		Ошақ- тан	Бас- қа	Алынған сына- малар атауы,	Биотоп, кененің мекендеу орын/

онный номер)	(№ об- раз- ца)	(Наименова- ние населенно- го пункта, ад- рес)	(Количе- ство клещей) (всего)	Мал кора- дан (В скот- ных по- меще- ниях)	ар- дан (От жи- вот- но- го)	Да- ла- дан (На при- ро- де)	(Из очага)	жер- ден (Дру- гие ме- ста)	кененің түрі және жынысы / Наименование отобранных образцов, вид и пол клеща	биотоп, место- обитания клеща
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

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

Қолы (Подпись) _____

*Байланыс мәліметтері (контактные данные)

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

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

Қолы (Подпись) _____

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

Қолы (Подпись) _____

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

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____

№ ____ бұйрығына
12-қосымша

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 012/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 012/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20____ года № _____

«__» _____ 20__ (жыл) года № ____ Елді мекен (Населенный пункт): _____

Иммундаудан кейінгі қолайсыз көрініс
жағдайын тергеп-тексеру нәтижелері туралы
акті

Акт о результатах расследования случая неблагоприятного
проявления после иммунизации

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

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

Полный адрес проживания пациента с точным указанием всех данных (улица, номер дома, название населенного пункта, номер тел. и т.д.):

Вакциналардың/ пациентке енгізілген вакциналарды сұйылтуға арналған еріткіштердің атаулары Названия вакцин/ растворителей для разведения вакцин, введенных пациенту	Вакцинация күні Дата вакцинации	Вакцинация уақыты Время вакцинации	Дозасы (мысалы., 1-ші, 2-ші және т. б.) Доза (напр., 1-я, 2-я и т. д.)	Серия /партия нөмірі Номер серии /партии	Жарамдылық мерзімі Срок годности
				Вакцина /Вакцина	Вакцина /Вакцина
				Еріткіш /Растворитель	Еріткіш /Растворитель
				Вакцина /Вакцина	Вакцина /Вакцина
				Еріткіш /Растворитель	Еріткіш /Растворитель
				Вакцина /Вакцина	Вакцина /Вакцина
				Еріткіш /Растворитель	Еріткіш /Растворитель
				Вакцина /Вакцина	Вакцина /Вакцина
				Еріткіш /Растворитель	Еріткіш /Растворитель
				Вакцина /Вакцина	Вакцина /Вакцина
				Еріткіш /Растворитель	Еріткіш /Растворитель

					твори- тель
--	--	--	--	--	----------------

Егу пунктiнiң түрi () Стационарлық Мобильдi Көшпелi Басқа _____

Тип прививочного пункта () Стационарный Мобильный Выездной Другое _____

Бiрiншi / негiзгi симптомның даму күнi (КК/АА/ЖЖЖЖ): ____ / ____ / ____ Уақыт (сағ / мм) ____ / ____

Дата развития первого/основного симптома (ДД/ММ/ТТТТ): ____ / ____ / ____ Время (чч/мм) ____ / ____

Ауруханаға жатқызу күнi (КК/АА / ЖЖЖЖ): ____ / ____ / ____

Дата госпитализации (ДД/ММ/ТТТТ): ____ / ____ / ____

Денсаулық сақтауды басқару органдарының алғашқы хабарлау күнi (КК/АА/ЖЖЖЖ): ____ / ____ / ____

Дата первичного извещения органов управления здравоохранением (ДД/ММ/ТТТТ): ____ / ____ / ____

Тергеп-тексеру күнiндегi жағдай () Қайтыс болды Мүгедектік Сауығу процесi

Состояние на дату расследования Умер Инвалидность Процесс выздоровления

Толық сауығу Белгісіз

Полное выздоровление Неизвестно

Егер қайтыс болса, қайтыс болған күнi мен уақыты (КК / АА / ЖЖЖЖ): ____ / ____ / ____ (сағ / мм): ____ / ____

Если умер, дата и время смерти (ДД/ММ/ТТТТ): ____ / ____ / ____ (чч/мм): ____ / ____

Патологиялық-анатомиялық зерттеу жүргізілді ме? () Иә (Да) күнi (дата) _____ (Нет)

Проводилось патологоанатомическое исследование Жоспарланған (Запланировано на) күнi (дата) _____

уақыты (время) _____

Қорытындыны қоса беріңіз (бар болса)

Приложите заключение (если имеется)

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

Өлшемшарттар/ Критерии	Нәтижесі/ Результат	Пікірлер (Егер солай болса, мәліметтерді көрсетіңіз)/ Комментарии (если да, укажите подробности)
Бұрын болған ұқсас жағдайлар / Аналогичные события в прошлом	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
Алдыңғы егуден кейінгі қолайсыз көрініс(-тер) /Неблагоприятное проявление после предыдущей(-их) прививки(-ок)	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
Анамнезінде вакцинаға, дәрі-дәрмектерге немесе тамақ өніміне аллергия бар/ Аллергия на вакцину, лекарство или продукт питания в анамнезе	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
Алдыңғы 30 күндегі ауру / туа біткен патология/ Заболевание в предшествующие 30 дней/ врожденная патология	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
Себебін көрсете отырып, алдыңғы 30 күнде ауруханаға жатқызу/ Госпитализация в предшествующие 30 дней с указанием причины		

	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
Пациент қазіргі уақытта басқа себеппен дәрі-дәрмек терапиясын алып жатыр ма?/ Пациент получает лекарственную терапию в настоящее время по другой причине? (Егер солай болса, дәрі-дәрмектерді, оны қолдануға арналған көрсетілімдерді, дозалары мен емдеу мерзімдерін көрсетіңіз)(Если да, укажите ЛС, показания к его применению, дозы и сроки лечения)	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
Кез келген ауру (осы ИКҚК-не қатысты) немесе отбасылық анамнездегі аллергия Любое заболевание (имеющее отношение к данному НППИ) или аллергия в семейном анамнезе	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
<p>Бала туу жасындағы әйелдер үшін Для женщин детородного возраста</p> <p>• Қазіргі уақытта жүкті ме? Беременность в настоящее время? Иә (Да) мерзімі аптамен (срок в неделях) _____ / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)</p> <p>• Қазіргі уақытта емшек сүтімен тамақтандырасыз ба? Грудное вскармливание в настоящее время? Иә (Да)/ Жоқ (Нет)</p>		
<p>Емшек жасындағы сәбилер үшін Для детей грудного возраста</p> <p>Туған мерзімінде мерзімінен бұрын мерзімінен кейін Туған кездегі дене салмағы: Родился в срок недоношенным переносным Масса тела при рождении: Босану қалыпты кесар тілігі тәсілмен (қысқыштар, вакуум және т. б.) асқинумен (көрсетіңіз) Роды нормальные кесарево сечение способом (щипцы, вакуум и т.д.) осложненные (укажите)</p>		
<p>С БӨЛІМІ Бірінші тексерудің нәтижелері ** ИКҚК ауыр жағдайы РАЗДЕЛ С Результаты первого обследования ** серьезного случая НППИ</p>		
<p>Ақпарат көзі (барлық қажетті): Тергеп- тексеру маманының тексеруі Источник информации (все нужно): Осмотр специалистом по расследованию</p> <p>Құжаттама Вербалды аутопсия Басқа _____ Документация Вербальная аутопсия Другое _____</p> <p>Егер вербалды аутопсия болса - дереккөзді көрсетіңіз (Если вербальная аутопсия – укажите источник) _____</p>		
<p>Пациентті бірінші тексерген/емдеген адамның ТАӘ (ол болған жағдайда):/ ФИО (при его наличии) лица, который первым осматривал/лечил пациента: _____</p> <p>Пациентті емдеуді жүргізетін басқа адамдардың ТАӘ (ол болған жағдайда):/ ФИО (при его наличии) других лиц, проводящих лечение пациента: _____</p> <p>Ақпарат берген басқа көздер (көрсетіңіз):/Другие источники, предоставившие информацию (укажите): _____</p>		
<p>Вакцинациялау сәтінен бастап белгілері мен симптомдары хронологиялық тәртіппен:/Признаки и симптомы в хронологическом порядке, начиная с момента вакцинации:</p>		
Осы клиникалық ақпаратты ұсынатын тұлғаның ТАӘ (ол болған жағдайда) және байланыс апараты (ФИО (при его наличии) и контактная информация лица, предоставляющего эту клиническую информацию):	Лауазымы (Должность):	Күні / уақыты (Дата/время)
<p>**Нұсқаулар - барлық қолда бар құжаттардың (ауру тарихын, жазылған эпикризді, аралық қорытындыларды, зертханалық талдау нәтижелерін және патологиялық-анатомиялық зерттеу нәтижелері бойынша қорытындыны қоса алғанда) көшірмелерін қоса беріңіз, содан кейін осы құжаттарда қамтылмаған қосымша ақпаратты көрсетіңіз, яғни:</p> <p>** Инструкции – Приложите копии ВСЕХ имеющихся документов (включая историю болезни, выписной эпикриз, промежуточные заключения, результаты лабораторных анализов и заключение по результатам патологоанатомического исследования), а затем укажите дополнительную информацию, НЕ СОДЕРЖАЩУЮСЯ в этих документах, т.е.:</p>		

- Предварительный / окончательный диагноз:

Д БӨЛІМІ	ИҚҚК-мен байланысты мекемеде сол күні енгізілген вакциналар туралы деректер										
РАЗДЕЛ D	Данные о вакцинах, которые вводились в тот же день в учреждении, связанном с НППИ										
Сессия барысында мекемеде әрбір антигенмен егілгендер саны (Число привитых каждым антигеном в учреждении в ходе сессии) Қолжетімді болса, тіркеу журналын қоса беріңіз (Приложите журнал регистрации, если доступен)	Вакцинаның атауы Наименование вакцины										
	Енгізілген дозалар саны Число введенных доз										
а) Пациентке вакцинация қашан жүргізілді? - БАРЛЫҚ сұрақтар үшін керектісін белгілеңіз Когда проводилась вакцинация пациента? отметьте нужное для ВСЕХ вопросов											
Сессия шеңберіндегі алғашқы екпелердің бірі Одна из первых прививок в рамках сессии	Сессия шеңберіндегі соңғы екпелердің бірі Одна из последних прививок в рамках сессии	Неизвестно Белгісіз									
Если использовались многодозовые флаконы, получил ли пациент Егер көп дозалы құтылар қолданылса, пациент одну из первых доз из флакона? одну из последних доз из флакона? Неизвестно құтыдан алғашқы дозалардың бірін алды ма? құтыдан соңғы дозалардың бірін алды ма? Белгісіз											
б) Осы вакцинаны тағайындау кезінде немесе қолдану жөніндегі ұсынымдарды сақтамау түрінде қате байқалды ма? Наблюдалась ли ошибка при назначении или в виде несоблюдения рекомендаций по применению этой вакцины?											Иә (Да) / Жоқ (Нет)
с) Тергеп-тексеру нәтижелері бойынша сіз енгізілген вакцина (оның ингредиенттері) стерильді емес болуы мүмкін деп ойлайсыз ба? По результатам расследования считаете ли вы, что введенная вакцина (ее ингредиенты) могли быть нестерильными?											Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)
d) Тергеп-тексеру нәтижелері бойынша вакцинаның физикалық жағдайы (мысалы, түсі, лайлануы, бөгде қоспалар және т. б.) енгізу кезінде сәйкес келмеді ме? По результатам расследования считаете ли вы, что физическое состояние вакцины (напр., цвет, мутность, инородные примеси и т.д.) было несоответствующим во время введения?											Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)
е) Тергеп-тексеру нәтижелері бойынша вакциновтор вакцинаны сұйылту/ дайындау кезінде қате жіберілді деп ойлайсыз ба (мысалы, дұрыс емес препарат, дұрыс емес еріткіш, дұрыс емес араластыру, шприцті дұрыс толтырмау және т. б.)? По результатам расследования считаете ли вы, что вакциновтором допущена ошибка при разведении/ подготовке вакцины (напр., неверный препарат, неверный растворитель, неправильное смешивание, неправильное заполнение шприца и т.д.)?											Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)

<p>f) Тергеп-тексеру нәтижелері бойынша вакцинамен жұмыс істеу кезінде қате жіберілді деп ойлайсыз ба (мысалы, тасымалдау, сактау және/немесе егу сессиясы барысында суық тізбек жағдайларының бұзылуы және т. б.)?</p> <p>По результатам расследования считаете ли вы, что допущена ошибка при обращении с вакциной (напр., нарушение условий холодовой цепи при транспортировке, хранении и/или в ходе прививочной сессии и т.д.)?</p>	<p>Иә (Да)</p> <p>/ Жоқ (Нет)</p> <p>Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)</p>
<p>g) Тергеп-тексеру нәтижелері бойынша вакцина дұрыс қолданылмады деп ойлайсыз ба (мысалы, дұрыс емес доза, дұрыс емес орын немесе енгізу әдісі, иненің дұрыс емес өлшемі, инъекцияның тиісті практикасын сақтамау және т. б.)?</p> <p>По результатам расследования считаете ли вы, что вакцина была применена неправильно (напр., неверная доза, неправильное место или способ введения, неверный размер иглы, несоблюдение надлежащей практики инъекций и т.д.)?</p>	<p>Иә (Да)</p> <p>/ Жоқ (Нет)</p> <p>Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)</p>
<p>h) Зардап шегушімен бірдей құтыдан/ампуладан вакцина енгізілген адамдардың саны</p> <p>Число лиц, которым была введена вакцина из того же флакона/ампулы, что и пострадавшему</p>	
<p>i) Сол бір егу сессиясы кезінде қарастырылып отырған вакцина енгізілген адамдардың саны</p> <p>Число лиц, которым рассматриваемая вакцина была введена во время той же прививочной сессии</p>	
<p>j) Басқа мекемелерде сондай партия/серия нөмірімен вакцина енгізілген адамдардың саны. Сол мекемелерді көрсетіңіз: _____</p> <p>Число лиц, которым в других учреждениях была введена рассматриваемая вакцина с тем же номером партии/серии. Укажите эти учреждения: _____</p>	
<p>к) Бұл жағдай жағдайлар кластеріне қатысты ма?</p> <p>Относится ли этот случай к кластеру случаев?</p>	<p>Иә (Да) / Жоқ (Нет)</p> <p>Белгісіз</p> <p>Неизв.</p>
<p>і. Егер иә болса, кластерде тағы қанша жағдай анықталды?</p> <p>Если да, сколько других случаев выявлено в кластере?</p>	
<p>а. Кластердегі барлық зардап шеккендерге сол бір құтыдағы вакцина егілді ме?</p> <p>Были ли все пострадавшие в кластере привиты вакциной из одного и того же флакона?</p>	<p>Иә (Да)</p> <p>/ Жоқ (Нет)</p> <p>Белгісіз</p> <p>Неизв.</p>
<p>б. Егер олай болмаса, зардап шеккендерді вакцинациялау үшін пайдаланылған құтылардың санын көрсетіңіз (толық ақпаратты бөлек көрсетіңіз)</p> <p>Если нет, то укажите число флаконов, которые использовались для вакцинации пострадавших (подробную информацию укажите отдельно)</p>	

Осы жауаптар бойынша түсініктемелерді міндетті түрде жеке парақтарда ұсыныңыз

Обязательно представьте разъяснения по этим ответам на отдельных листах

Е БӨЛІМІ	Қарастырылып отырған вакцина қолданылған мекемедегі (мекемелердегі) иммундау практикасы
РАЗДЕЛ Е	Практика иммунизации в учреждении(-ях), где применялась рассматриваемая вакцина
(Бұл бөлімді сауалнамалар және/немесе іс жүзінде емишараларды бақылау нәтижелері бойынша толтырыңыз)	
(Заполните этот раздел по результатам расспросов и/или наблюдений за процедурами на практике)	

Қолданылатын шприцтер мен инелер: Используемые шприцы и иглы:			
● Вакцинация үшін өздігінен бұғатталатын (ӨБ) шприцтер қолданылады ма? Используются ли для вакцинации самоблокирующиеся (СБ) шприцы?			Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бел- гісіз Неизв.
Олай болмаса, шприцтердің қандай түрлері қолданылатынын көрсетіңіз: Если нет, укажите, какие применяются типы шприцев: Шыны Бір реттік Бір рет қолданылатын, бірақ қайта қолданылатын Басқа _____ Стеклянные Одноразовые Одноразовые, но применяемые повторно Другое _____			
Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер: Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:			
Вакцины сұйылту (қалпына келтіру): (егер қолданылатын болса ғана толтырылады, егер қолданылмаса, ҚМ белгісін қойыңыз) Разведение (восстановление) вакцины: (заполняется только если применимо, , отметьте НП, если не применимо)			
● Вакцины сұйылту (қалпына келтіру) рәсімі () Процедура разведения (восстановления) вакцины			Мәртебесі (Статус)
Бір вакцинанан бірнеше құтысын сұйылту үшін бір шприц қолданылады ма?			Иә / Жоқ / ҚК (Да) (Нет) (НП)
Используется ли один и тот же шприц для разведения нескольких флаконов одной и той же вакцины?			Иә / Жоқ / ҚК (Да) (Нет) (НП)
Әртүрлі вакциналарды сұйылту үшін бір шприц қолданылады ма?			Иә / Жоқ / ҚК (Да) (Нет) (НП)
Используется ли один и тот же шприц для разведения разных вакцин?			Иә / Жоқ / ҚК (Да) (Нет) (НП)
Вакцина бар әрбір құтыны сұйылту үшін бөлек шприц қолданылады ма? Используются ли отдельные шприцы для разведения каждого флакона с вакциной? Әр егу кезінде сұйылту үшін бөлек шприц қолданылады ма? Используются ли отдельные шприцы для разведения при каждой прививке?			Иә / Жоқ / ҚК (Да) (Нет) (НП)
● Тек өндіруші ұсынған вакциналар мен еріткіштер қолданылады ма? Используются ли только вакцины и растворители рекомендованы производителем?			Иә / Жоқ / ҚК (Да) (Нет) (НП)
Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер: Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:			
F Бөлімі Суық тізбек және тасымалдау Раздел F Холодовая цепь и транспортировка (Бұл бөлімді сауалнамалар және/немесе іс жүзінде процедураларды бақылау нәтижелері бойынша толтырыңыз) (Заполните этот раздел по результатам расспросов и/или наблюдения за процедурами на практике)			
Вакцины соңғы сақтау орны: Последний пункт хранения вакцины:			
● Вакциналарды сақтау үшін тоңазытқыштағы температураға мониторинг жүргізіледі ме? Осуществляется ли мониторинг температуры в холодильнике для хранения вакцин?			Иә / Жоқ / ҚК (Да) (Нет)

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

	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бел- гісіз Неизв
<p>● Тоңазытқыш сөмкесі вакцинация жасалған күні егу пунктiнен қайтарылды ма?</p> <p>Была ли сумка-холодильник возвращена из прививочного пункта в тот день, когда проводилась вакцинация?</p>	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бел- гісіз Неизв
<p>● Дайындалған (кондиционерленген) суық элементтер қолданылды ма?</p> <p>Использовались ли подготовленные (кондиционированные) хладоэлементы?</p>	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бел- гісіз Неизв
<p>Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер:</p> <p>Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:</p>	
<p>G Бөлімі Жергілікті қоғамдастық деңгейіндегі тергеп-тексеру (елді мекенге баруды және ата-аналардан/басқалардан сауалнама алу- ды сұрау)</p> <p>Раздел G Расследование на уровне местного сообщества (просьба посетить населенный пункт и опросить родителей/других лиц)</p>	
<p>Сол елді мекенде зардар шегушіде ИКҚК дамыған уақытқа ұқсас уақыт аралығында қандай да бір ұқсас оқиғалар туралы хабарлан- ды ма?</p> <p>Сообщалось ли в том же населенном пункте о каких-либо аналогичных событиях в течение периода времени, аналогичного тому, когда у пострадавшего развилось НППИ?</p> <p style="text-align: center;">Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизв.)</p> <p>Егер иә болса, ақпарат беріңіз:</p> <p>Если да, представьте информацию:</p>	
<p>Егер иә болса, мұндай оқиғалар/эпизодтар қанша?</p> <p>Если да, сколько таких событий/эпизодов?</p>	
<p>Зардап шеккендердің нешеуі/Сколько из пострадавших</p> <p>● Вакцинацияланған/вакцинированы: _____</p> <p>● Вакцинацияланбаған/ не вакцинированы: _____</p> <p>● Деректер жоқ/ нет данных: _____</p>	
<p>Қосымша түсіндірмелер/Дополнительные комментарии:</p>	
<p>Н БӨЛІМІ Басқа алынған деректер / бақылаулар / түсіндірмелер</p> <p>Раздел Н Другие полученные данные/наблюдения/комментарии</p>	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
13-қосымша

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 013/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 013/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласында
тергеп-тексеру тағайындау туралы
акті**

**Акт о назначении расследования
в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения**

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

(қажетінің астын сызу керек) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (нужное подчеркнуть)
(фамилия, имя, отчество (при его наличии))

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

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

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

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

3. Лауазымды адамдар немесе комиссия мүшелері (Должностным лицам
либо членам Комиссии):

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

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

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

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

4. Тергеп-тексеру ____ жылғы «__» ____ бастап ____ жылғы «__» ____ дейінгі кезеңде жүргізілсін (Расследование провести в период с «__» ____ года по «__» ____ года).

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

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

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

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы

Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Мөр орны
Место печати

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
14-қосымша

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

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

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

«__» ____ 20__ жыл (года) №____ Елді мекен (населенный пункт): _____

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

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

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

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

1. Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы
саласындағы тергеп-тексеру мерзімдері ____ жылғы «____» ____ дейін
ұзартылсын (Продлить сроки расследования в сфере санитарно-
эпидемиологического благополучия населения до «____» ____ года).

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

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

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

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган-
ның басшысы

Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического
благополучия населения

Мөр орны

Место пе-
чати

Т.А.Ә. (ол болған
жағдайда)

Ф.И.О. (при его на-
личии)

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____

№ ____ бұйрығына
15-қосымша

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

Приложение 15 к приказу
Министра здравоохранения Республики
Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

«__» ____ 20__ жыл (года) №____ Елді мекен (населенный пункт): _____

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

**Акт о результатах расследования
в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения**

_____ ЖЫЛҒЫ «___» _____ бастап _____ ЖЫЛҒЫ «___» _____ аралығында жүргізілген халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру нәтижелері бойынша мыналар анықталды (По результатам расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, проведенного в период с «___» _____ года по «___» _____ года установлено следующее):

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

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

2. Зардап шеккендер туралы мәліметтер (Сведения о пострадавших):

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

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

бөлімде, басқа мәліметтермен қатар мыналарды көрсету қажет: объектінің жұмыс режимі (ол болған кезде), оқиғаға дейінгі жабдық (бекітілген, нақты, жобалық), оқиға алдындағы объектінің жай-күйі туралы қорытынды беру, осы объектіде бұрын осындай оқиғалар болған-болмағаны, олардың алдын алу жөніндегі іс-шаралар әзірленгені (қашан, кім және олар қалай орындалды (В этом разделе, наряду с другими сведениями, необходимо указать: режим работы объекта (при его наличии), оборудования до инцидента (утвержденный, фактический,

проектный), дать заключение о состоянии объекта перед инцидентом, были ли ранее на данном объекте аналогичные инциденты, разрабатывались ли мероприятия по их предупреждению (когда, кем и какие, как они выполнялись)

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

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

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

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

№	Іс-шараның атауы (Наименование мероприятия)	Орындау мерзімі (Срок исполнения)	Жауапты тұлға (Ответственное лицо)

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

9. Басқа ақпарат (Иная информация):

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

11. Ерекше пікір (бар болса) ____ парақта (Особое мнение (при наличии) на ____ листах).

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

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
16-қосымша

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 016/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 016/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20__ года № _____

«__» ____ 20__ жыл (года)

№ _____

Елді мекен (населенный пункт): _____

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

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

Әкімшілік-аумақтық бірліктің Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері
(көліктегі) немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач

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

қажетінің астын сызу керек) (тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

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

(Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2017 жылғы 17 ақпандағы № 71 қаулысымен бекітілген Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі туралы ереженің 15-тармағының 113) тармақшасына сәйкес бекітілетін халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саласында бақылау мақсатында сатып алуды жүзеге асыру қағидаларында белгіленген өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алудың негіздерін көрсету (указать основания контрольного закупа продукции (товара), установленные правилами осуществления контрольного закупа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, утверждаемыми согласно подпункту 113) пункта 15 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Казахстан, утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 17 февраля 2017 года № 71)

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

(мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)
лауазымды тұлғасы(лары)

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

_____ жылғы «_____» _____ бастап _____ жылғы «_____» _____ дейінгі мерзімде халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мынадай өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алуды жүзеге асырсын (в срок с «_____» _____ года до «_____» _____ года контрольный закуп продукции

(товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения
следующей продукции (товара)):

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

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

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган-
ның басшысы
Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического
благополучия населения

Мөр орны	Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)
Место пе- чати	Ф.И.О. (при его на- личии)

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
17-қосымша

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 017/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 017/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20 ____ года № _____

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

«__» _____ 20 ____ ж (г).

(толтыру орны)(место составления)

Мен, лауазымды тұлға (Мною, должностным лицом)

(мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)

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

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

Өнімнің, тауардың атауы (Наименование про- дукции, товара)	Өнім өндірушісі (Произво- дитель продукции)	Өлшем бірлігі (Едини- ца измерения)	Мөлшері (Количество)	Бірлік бағасы, теңге (Цена за еди- ницу, тенге)	Жалпы со- масы, теңге (Итого сум- ма, тенге)
1	2	3	4	5	6

Осы актіге қоса беріледі (К настоящему акту прилагаются)

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

Сатушы (Продавец)

Лауазымды тұлға (Должностное лицо)

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

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

Сатушы өнімді (тауарды) сатып алу актісіне қол қоядан бас тартты (Продавец
отказался от подписания акта покупки продукции (товара))

лауазымды адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) және қолы
(подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
18-қосымша

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

Приложение 18
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 018/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 018/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20 ____ года № _____

«__» ____ 20__ жыл (года) № ____ Елді мекен (населенный пункт): _____

**Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы
өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алу нәтижелері туралы акті
№ ____**

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

№ _____

_____ ЖЫЛҒЫ «_____» _____ халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алуды тағайындау туралы акті негізінде жүргізілген халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алу нәтижелері бойынша мыналар анықталды (По результатам контрольного закупа продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, проведенного на основании акта о назначении контрольного закупа продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения от «_____» _____ года, установлено следующее):

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

сауда объектісінің атауы, ЖСН-і/БСН-і, мекенжайы (наименование торгового объекта, ИИН/БИН, адрес)

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

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

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

өнімнің (тауардың) техникалық регламенттердің және (немесе) Еуразиялық экономикалық одақтың Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкестігін немесе сәйкесс есемтігін көрсету қажет (необходимо указать соответствие или несоответствие продукции (товара) требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза)

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

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

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

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

Лауазымды тұлға (Должностное лицо) _____ қолы (подпись)

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
19-қосымша

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 019/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салама- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 019/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Вирусологиялық зерттеуге жолдама
Направление на вирусологическое исследование

(от) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Медициналық ұйымның атауы (Наименование медицинской организации)

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

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

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

5. Жасы (Возраст)

6. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)

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

8. Ауырған күні (Дата заболевания)

9. Емдеуге жатқызу күні (Дата госпитализации)

10. Материал алынған күн (Дата взятия материала)

11. Диагнозы (Диагноз)

12. Аурудың негізгі симптомдары (Основные симптомы заболевания)

13. Қысқа эпидемиологиялық анамнез (Краткий эпидемиологической анамнез)

14. Екпелер саны (Количество прививок)

15. Соңғы егілу күні (Дата последней прививки)

Дәрігер (Врач)

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
20-қосымша

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 020/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салама- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 020/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Дезинфекциялау камерасына жолдама

Направление в дезинфекционную камеру

Наряд бойынша (По наряду) № _____

Тұлғадан қабылданды (Приняты от физического лица)

Мекенжайы (Адрес)

Дезинфекциялау үшін алыну себебі (для дезинфекции по поводу)

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

20__ жылы (году)

Заттарды дезинфекциялау камерасына өткіздім (Вещи сдал в дезинфекционную камеру)

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

20__
жыл (год)

Камерада заттарды қабылдап алдым (Вещи из камеры принял)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
21-қосымша

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « _____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 021/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 021/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

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

1. Тіркеу № (регистрационный №)

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

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

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

5. Алынған орны, күні және уақыты (Место, дата и время отбора)

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

7. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)

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

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

10. Жасы (Возраст)

11. Тексерілетін адамның ЖСН-і (ИИН обследуемого)

12. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)

13. Жұмыс орны (Место работы)

14. Диагнозы (Диагноз)

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

_____ данада толтырылды (составлен в ____ экземплярах)*.

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
22-қосымша

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Сынама үлгілерін _____ вирусологиялық зерттеуге
жолдама
(инфекция түрін көрсету)

Направление на исследование образцов проб на вирусологическое
исследование

(указать вид инфекции)

1. Тіркеу № (регистрационный №)

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

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

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

5. Алынған орны, күні және уақыты (Место, дата и время отбора)

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

7. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)

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

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

10. Жасы (Возраст)

11. Зерттелушінің ЖСН-і (ИИН обследуемого)

12. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)

13. Жұмыс орны (Место работы)

14. Диагнозы (Диагноз)

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

_____ данада толтырылды (составлен в ___ экземплярах) *

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
23-қосымша

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

**Материалды (зерттелушіден, науқас адамнан) қызылша мен қызамыққа
зерттеуге жолдама**

**Направление материала (от обследуемого, больного человека) для
исследования на корь, краснуху**

Облысы, ауданы/қаласы: Область, район/город:	Науқас адамның эпиднемірі: /	Күні: / / ж Дата: / / г
---	---------------------------------	-------------------------------

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
24-қосымша

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

Приложение 24
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген № 024/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 024/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Санитариялық-паразитологиялық зерттеуге жолдама
Направление на санитарно-паразитологическое исследование

1. Тіркеу № (регистрационный №)

2. Материал жіберілетін санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығы зертханасының атауы (Наименование лаборатории центра санитарно-эпидемиологической экспертизы, в которую направляется материал)

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

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

5. Сынама алынған орын (место отбора пробы) _____

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

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

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

9. Зерттеу мақсаты (Цель исследования на):

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

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
25-қосымша

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 025/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 025/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

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

1. Сынаманың атауы (Наименование пробы)

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

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

4. Жасы (Возраст)

5. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)

6. Жұмыс орны (Место работы)

7. Диагнозы (Диагноз)

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

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

10. Антибиотикті қолдану (Применение антибиотиков)

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

12. Сынамаларды зерттеу мақсаты (Цель исследования пробы)

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

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

15. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
26-қосымша

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « _____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № _____ 026/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 026/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от " _____ " _____ 20 _____ года № _____

Адамдардан алынған материалды _____ зерттеуге жолдама

Направление материала от людей на _____ исследования

1. Сынаманың атауы (Наименование пробы)

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

3. Жасы (Возраст)

4. Тексерілетін адамның ЖСН-і (ИИН обследуемого)

5. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)

6. Жұмыс орны (Место работы)

7. Диагнозы (Диагноз)

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

9. Сынаманың алынған күні және уақыты (Дата и время забора материала)

10. Антибиотикті қабылдау (Применение антибиотиков)

11. Сынама бірінші рет/ қайталап алынды (проба взята первично/повторно)

12. Сынамаларды зерттеу мақсаты (Цель исследования пробы)

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

14. Материалды жіберген күні және уақыты (Дата и время направление материала)

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

16. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

17. Қосымша ақпарат (Дополнительная информация):

Ауырған күні (Дата заболевания)

Қай елден келді (Страна прибытия)

Науқаспен байланыс (Контакт с больным) _____

Симптомдары (Симптомы)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
27-қосымша

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 027/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 027/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

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

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

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

3. Жасы (Возраст)

4. Мекенжайы (Адрес)

5. Жұмыс орны (Место работы)

6. Диагнозы (Диагноз)

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

8. Бірінші рет немесе қайталап (Первичный или повторный)

9. Антибиотикті қабылдағаны туралы (Применения антибиотика)

10. Жіберген мекеме (Направляющее учреждение)

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
28-қосымша

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министр- лігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген №028/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 028/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

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

№ _____ «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

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

2. Тексерілетін адамның ЖСН-і (ИИН обслеуемого)

3. Жасы (Возраст)

4. Мекенжайы (Адрес)

5. Жұмыс орны (Место работы)

6. Диагнозы (Диагноз)

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

8. Бірінші рет немесе қайталап (Первичный или повторный)

9. Антибиотикті қабылдау (Применения антибиотика)

10. Жіберген мекеме (Направляющее учреждение)

11. Сынама атауы (Наименование пробы)

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

13. Зерттеу мақсаты (Цель обследования)

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

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

16. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)

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

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

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

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

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
29-қосымша

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген №____ 029/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 029/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года №____

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

№ _____ от «__» _____ 20__ ж. (г.)

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

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)

4. Мөлшері (Количество)

5. Зерттеудің мақсаты (Цель исследования)

6. Көлемі (Объем)

7. Партия нөмірі (Номер партий)

8. Шығарылған күні (Дата выработки)

9. Жарамдылық мерзімі (Срок годности)

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

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

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

13. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

14. Сақтау шарттары (Условия хранения)

15. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

16. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

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

18. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)

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

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

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

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

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

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
30-қосымша

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

Приложение 30
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Суды микробиологиялық зерттеу хаттамасы

Протокол микробиологического исследования воды

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

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

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца)

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

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

6. Көлемі (Объем)

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

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

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

10. Сақтау шарттары (Условия хранения)

11. Сумен жабдықтау түрі (Тип водоснабжения)

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

13. Қосымша ақпарат (Дополнительная информация) _____

**Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)**

Сынаманың тіркеу нөмірі (Регистрационный номер пробы)	Сынама атауы (Наименование пробы)	Көрсеткіштердің атауы	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	НҚ бойынша норма	Зерттеу нәтижесі	Сынақ әдісіне арналған НҚ

		(Наименование показателей)		(Норма по НД)	(Результат испытания)	(НД на метод испытания)
1	2	3	4	5	6	7

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

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

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

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

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
31-қосымша

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

Приложение 31
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің
Министерство здравоохранения Республики Казахстан	20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 031/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы	Медицинская документация Форма № 031/у
Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Шайындыларды микробиологиялық зерттеу хаттамасы
Протокол микробиологического исследования смывов

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

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

2. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца)

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

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

5. Мөлшері (Количество)

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

7. Сынақ жүргізу шарттары (Условия проведения испытаний): температура _____, ылғалдылығы (влажность)

8. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

9. Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)

Зерттеу нәтижелері

(Результаты исследований)

Үлгі нө- мірі (Номер образца)	Үлгіні алу орны және нүктелері (Место и точки от- бора)	Нәтиже Результат				Ескерт- пе (При- меча- ние)
		Ішек таяқшалары тобының бактериялары (Бактерии группы кишеч- ных палочек)	Алтын түстес стафилококк (Золотистый ста- филококк)	Патогенді флора (Патоген- ная флора)	Шартты патоген- ді флора (Условно пато- генная флора)	
1	2	3	4	5	6	7

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

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

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

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

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
32-қосымша

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

Приложение 32
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 032/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 032/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Тамақ өнімдерін және азық-түлік шикізатын микробиологиялық зерттеу
хаттамасы**

**Протокол микробиологического исследования пищевых продуктов и
продовольственного сырья**

№ _____ от «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

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

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца)

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

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

6. Мөлшері (Количество)

7. Партия нөмірі (Номер партий)

8. Шығарылған күні (Дата выработки)

9. Жарамдылық мерзімі (Срок годности)

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

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

12. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

13. Сақтау шарттары (Условия хранения)

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

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрацион- ный номер)	Үлгінің атауы (Наимено- вание образца)	Микробиологиялық көрсеткіштер (Микробиологические показатели)	Зерттеу нәтиже- лері (Результаты ис- следований)	Нормаланатын көрсеткіш (Нормируемый показатель)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытания)
1	2	3	4	5	6

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

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

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

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

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
33-қосымша

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

Приложение 33
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 033/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 033/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №__

Микробиологиялық зерттеу (ауаны, топырақты, дәрілік нысандарды және басқалар (жерегін көрсетіңіз)) хаттамасы

Протокол микробиологического исследования (воздуха, почвы, лекарственных форм и прочие (указать необходимое))

№ _____ (от) «__» _____ 20__ ж. (г.)

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

2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца)

3. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца)

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

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

6. Көлемі (Объем)

7. Мөлшері (Количество)

8. Партия нөмірі (Номер партий) _____

9. Шығарылған күні (Дата выработки)

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

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

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

13. Сақтау шарттары (Условия хранения)

14. Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)

15. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгінің атауы. Үлгіні алу орны. (Наименование образца. Место отбора образца)	Микробиологиялық көрсеткіштер (то- пырақ) (Микробиологические показатели (почва))				
		3	4	5	6	7
1	2					

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

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

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

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

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
34-қосымша

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

Приложение 34
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 034/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 034/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № ____

Тасымалдаушылыққа микробиологиялық зерттеу нәтижесі
Результат микробиологического исследования на носительство

№ _____ от «__» _____ 20__ ж.(г.)

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

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)

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

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

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

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

8. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

9. Сақтау шарттары (Условия хранения)

10. Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний) _____

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)

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

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

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

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

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

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
35-қосымша

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

Приложение 35
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 035/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 035/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № ____

Нәжісті бактериологиялық зерттеу нәтижесі

Результат бактериологического исследования фекалий

№ _____ от «__» _____ 20____ ж. (г.)

1. Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)

2. ЖСН-і (ИИН)

3. Жасы (Возраст)

4. Зерттеу алғашқы, қайталап (исследование первичное, повторное) астын сызыңыз (подчеркнуть)

5. Медициналық ұйым (Медицинская организация)

6. Үлгінің келіп түскен күні (Дата поступления образца)

7. Зерттеу аяқталған күн (Дата окончания исследования)

8. Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

№	Микрофлора	1 грамдағы нормасы (Норма в 1 грамме)		Зерттеу нәти- жесі (Результат ис- следования)
		1 жасқа дей- ін балалар (Дети до го- да)	Ере- сектер (Взрос- лые)	
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 белсенділігі бар ішек таяқшасы (Кишечная палочка с нормальной фермент.активностью)	10^7 - 10^8	10^7 - 10^8	
5.	Ферментативтік белсенділігі төмен ішек таяқшасы (Кишечная палочка со сни- женной фермент.активностью)	10^5 - 10^7	10^6 - 10^7	
6.	Лактозаға теріс ішек таяқшасы (Лактозонегативная кишечная палочка)	$\leq 10^4$	$\leq 10^5$	
7.	Гемолитикалық белсенді ішек таяқшасы (Гемолитически активная кишечная палочка)	$< 10^4$	$< 10^5$	
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)	$<10^5$	$<10^5$	
14.	Кандида тұқымдас санырауқұлақтар (Грибы рода кандиды)	$<10^3$	$<10^5$	
15.	ТГТБ (НГОб)	$\leq 10^3$	$\leq 10^3$	

№	Бөлініп алынған өсірінді (Выделенная культура)	Микробқа қарсы препараттардың атаулары (Наименование антимикробных препаратов)	Өсудің тежелу аймағының диаметрі (мм) (Диаметр зоны задержки роста) (мм)	Сезімтал (Чувствительный) (S)	Сезімталдығы төмен (Умеренно резистентный) (I)	Резистентті (Резистентный) (R)	Сынақ әдісіне НҚ (НД на метод испытаний)
1	2	3	4	5	6	7	8

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

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

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
36-қосымша

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

Приложение 36
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 036/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 036/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № ____

**Мұнай өнімдерін қайта өңдеу үлгісін және арнайы сұйықтықтарды зерттеу
хаттамасы**

**Протокол исследования образца переработки нефтепродуктов и
специальных жидкостей**

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

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

2. Үлгінің атауы (Наименование образца)

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

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

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

6. Үлгіні алу актісі (Акт отбора образца)

№ _____ от _____

7. Үлгінің сипаттамасы (Описание образца)

8. Көлемі (Объем)

9. Шығарылған күні (Дата выработки)

жарамдылық мерзімі (срок годности)

10. Партия нөмірі (Номер партий)

11. Зерттеудің басталу, аяқталу күні (Дата начала исследования, окончания)

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)

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

1	2	3	4
---	---	---	---

Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

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

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

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

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
37-қосымша

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

Приложение 37
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 037/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 037/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

**Молекулалық-генетикалық сынақтарға шикізат пен тамақ өнімдерін
зерттеу хаттамасы**

**Протокол исследования сырья и пищевых продуктов на молекулярно-
генетические испытания**

№ _____ от «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

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

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)

4. Сынаққа арналған сынама саны (массасы) (количество (масса) пробы на испытание)

5. Қаптама түрі (Вид упаковки)

6. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца)

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

8. Көлемі (Объем)

9. Партия нөмірі (Номер партий)

10. Шығарылған күні (Дата выработки)

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

12. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)

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

14. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

15. Сақтау шарттары (Условия хранения)

16. Шығарылған күні, сақтау мерзімі (Дата выработки, срок хранения)

**Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)**

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгінің нөмірі (Номер образца)	Молекулалық-генетикалық көрсеткіштер (Молекулярно-генетические показатели)	Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)		Нормаланатын көрсеткіш (Нормируемый показатель)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытания)
			Сапалық көрсеткіш (Качественный показатель)	Сандық көрсеткіш (Количественный показатель)		
1	2	3	4	5	6	7

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

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

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

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

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
38-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
38- қосымша

Приложение 38
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 038/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 038/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Тамақ өнімдерін иммундық-ферментті талдау (ИФТ) әдісімен зерттеу
хаттамасы**

**Протокол исследования пищевых продуктов методом иммуноферментного
анализа (ИФА)**

№ _____ от « ____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)

4. Сынаққа арналған сынама саны (массасы) (Количество (масса) пробы на испытание)

5. Партия нөмірі, қаптама түрі (номер партии, вид упаковки)

6. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца)

7. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____

8. Партия нөмірі (Номер партий)

9. Шығарылған күні (Дата выработки)

10. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)

11. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)

12. Үлгі алу әдісіне нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора)

13. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)

14. Сақтау жағдайы (Условия хранения)

15. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность))

16. Шығарылған күні, сақтау мерзімі (Дата выработки, срок хранения)

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгінің нө- мірі (Номер об- разца)	Көрсет- кіштер (Показате- ли)	Зерттеу нәтижелері (Результаты исследова- ний)	Нормаланатын көрсет- кіш (Нормируемый показа- тель)	Сынақ әдісіне арнал- ған НҚ (НД на метод испы- тания)
1	2	3	4	5	6

Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводилось на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста, проводившего исследование, ЭЦП) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабора-
торией (при наличии), ЭЦП) _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
39-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
39- қосымша

Приложение 39
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 039/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 039/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20____ года № _____

**Зоонозды және аса қауіпті инфекцияларға микробиологиялық зерттеу
нәтижесі**
**Результат микробиологического исследования на зоонозные и особо опасные
инфекции**

№ _____ (от) «__» _____ күні 20 ____ ж. (г.)

1. Тексерілетін адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) обследуемого) _____

2. Үлгіні жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения направившего образец) _____

3. Үлгілердің зерттеу нәтижесін алатын мекеменің атауы (Наименование учреждения, получающего результат исследования образца) _____

4. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

5. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

6. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____

7. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____

8. Сынамалар саны (количество проб) _____

9. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____

10. Сынама алу әдісіне нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

**Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследований)**

Үлгінің нөмірі (Но- мер образца)	Алынған үлгілер атауы (Наименование отобран- ных образцов)	Зерттеу әдістері, реакция түрі	Зерттеу мақ- саты	Зерттеу нәтижесі (Результаты исследования)
-------------------------------------	--	-----------------------------------	----------------------	---

		(Методы исследования, вид реакции)	(Цель иссле- дования)	
1	2	3	4	5

Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование).

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП.)
(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
40-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
40- қосымша

Приложение 40
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 040/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 40/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № ____

Азық-түлік емес өнімдер мен шикізат үлгісін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования образца непродовольственной продукции и сырья

№ _____ от «__» _____ 20____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Бұйымның атауы (Наименование изделия)

3. Өндіруші ел (фирма) (жеткізуші) Страна(фирма) - изготовитель (поставщик)

4. Бұйым жасалған материалға нормативтік құжат (Нормативный документ на материалы, из которого выполнено изделие)

5. Зерттеудің басталу, аяқталу күні (Дата начала исследования, окончания)

6. Үлгінің сипаты (Описание образца)

7. Көлемі (Объем)

8. Партия нөмірі (Номер партий)

9. Шығарылған күні (Дата выработки)

10. Жарамдылық мерзімі (Срок годности)

11. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность))

**Ингредиенттердің қоршаған орта объектілеріне (ауа, су, модельдік орта)
көшуі
(Миграция ингредиентов в объекты окружающей среды (воздух, вода,
модельная среда))**

Ингредиенттер көрсеткішінің атауы, өлшем бірлігі (Наименование показателя ингредиентов, единица измерения)	Модельдік орта (Модельная среда)	Анықталған шоғырландыру (уығтылық параметрлері) (параметрлері)	Рұқсат етілетін шоғырлану (Допустимая концентрация)	Зерттеулер әдістеріне НК НД на методы исследований
---	-------------------------------------	--	--	---

		Обнаруженная концентрация (параметры токсичности)		
1	2	3	4	5
Органолептикалық (Органолептические):				
Физико-химиялық (Физико-химические):				
Токсикологиялық (Токсикологические):				

Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП). _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

_____ (QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
41-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
41- қосымша

Приложение 41
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 041/е нысан- ды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 041/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Аэроиондар шоғырлануын өлшеу хаттамасы
Протокол измерений концентрации аэроионов

№ _____ (от) « » _____ күні 20 _____ ж. (г.)

1. Шаруашылық жүргізуші объектінің толық атауы, мекенжайы, цех, учаске
(Полное наименование хозяйствующего объекта, адрес, цех, участок)

2. Өлшеу мақсаты (Цель измерения)

3. Өлшеулер объект өкілінің қатысуымен жүргізілді (Замеры проводились в
присутствии представителя объекта)

4. Өлшеу құралдары, атауы, түрі, инвентарлық нөмірі (Средства измерений,
наименование, тип, инвентарный номер)

5. Тексеру туралы мәліметтер, куәліктің берілген күні мен нөмірі (Сведения о
поверке, дата и номер свидетельства)

6. Өлшеулер жүргізуге негіз болған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный
документ (НД) в соответствии с которой проводились измерения)

7. Негізгі көздер (Основные источники)

8. Жұмыс істейтін адамдардың саны (Количество работающих человек)

9. Көлемі (Объем)

10. Зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проводились на
соответствие НД)

11. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения
испытаний (температура, влажность))

12. Жұмыс орнының кескіні (Эскиз рабочих мест)

№ 1 кесте/ Таблица № 1

Реті бойынша нөмірі (Номер по порядку)	Кескін бойынша нүктенің орны (Номер точки по эскизу)	Өлшеу орны (Место измерения)	Ауысым ішінде аймақта болу уақыты (Время пребывания в зоне в течении смены)	Аэроиондардың орташа шоғырлануы (Средняя концентрация аэроионов)				У, Униполярлылық коэффициенті, (Коэффициент униполярности, У)	
				1 см ³ – тегі оң иондар саны (Число положительных ионов, в 1 см ³)		1 см ³ – тегі теріс иондар саны (Число отрицательных ионов, в 1 см ³)			
				Өлшеулер (Измерения)	Рұқсат етілген шекті (Предельно-допустимая)	Өлшеулер (Измерения)	Рұқсат етілген шекті (Предельно-допустимая)	Өлшеулер (Измерения)	Рұқсат етілген шекті (Предельно-допустимая)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

№ 2 кесте/Таблица № 2

Аэроиондардың полярлығы (Полярность аэроионов)	Аэроиондардың шоғырлануы, р, (ион/см³) Концентрации аэроионов, р, (ион/см³)											Униполярлылық коэффициенті, У (Коэффициент униполярности, У)
	Бірлік өлшеу мәні, р _i (Значения единичного измерения, р _i)								Орташа мәндер (Средние значения)			
	1	2	3	4	5	6	7	8	Рср.	Рmin	Рmax	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
p ⁺												
p ⁻												

№ 1 кесте аэроиондардың орташа шоғырлануын және униполярлылық коэффициентін бірден анықтайтын аспаптың көрсеткіштері бойынша толтырылады (мысалы: МАС-01 аспабы).

Таблица № 1 заполняется по показаниям прибора, сразу определяющего среднюю концентрацию аэроионов и коэффициента униполярности (например: прибор МАС-01).

Хаттаманың № 2 кестесі бірнеше өлшеулер орындалған және аэроиондар шоғырлануының орташа мәні және есептеу әдісімен униполярлылық коэффициенті анықталған жағдайда толтырылады.

Таблица № 2 протокола заполняется в случае выполнения нескольких замеров и определения среднего значения концентрации аэроионов и коэффициента униполярности методом расчета.

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
42-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
42- қосымша

Приложение 42
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 042/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 042/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Діріл деңгейлерін өлшеу хаттамасы Протокол измерения уровней вибрации

№ _____ от «__» _____ 20____ ж. (г.)

1. Объектінің толық атауы, мекенжайы, цех, учаске (Полное наименование объекта, адрес, цех, участок)

2. Өлшеу мақсаты (Цель измерения)

3. Өлшеулер объекті өкілінің қатысуымен жүргізілді (Замеры проводились в присутствии представителя объекта)

4. Өлшеу құралдары, атауы, түрі, инвентарлық нөмірі (Средства измерений, наименование, тип, инвентарный номер)

5. Тексеру туралы мәліметтер, куәліктің күні мен нөмірі (Сведения о поверке, дата и номер свидетельства)

6. Өлшеулер жүргізуге негіз болған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД), в соответствии с которой проводились измерения)

7. Негізгі діріл көздері мен олар тудыратын дірілдің сипаты (Основные источники вибрации и характер создаваемой вибрации)

8. Жұмыс істейтін адамдардың саны (Количество работающих человек)

9. Діріл көзі көрсетілген үй-жайдың кескіні (аумақтың, жұмыс орнының, қол машинасының) (эскиз помещения с указанием вибрация)

10. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний
(температура, влажность))

11. Өлшеу жүргізілген күні (Дата проведения замера)

Жұмыс орнының кескіні (Эскиз рабочих мест)

р /с № пп	Дірілдің әсеріне бағалау жүргізілген жабдық (Оборудование, для которого была проведена оценка воздействия вибрации)	Діріл түрі (Тип вибрации)		Акселерометр бағдары (ось) (Ориентация акселерометра (ось))
		Жал- пы (Об- щая)	Жергілік- ті (Локаль- ная)	
1	2	3	4	5

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

р /с № № пп	Орташа геометриялық жиіліктегі, Гц, үштен бір октавалық жо- лақтағы, дБ, діріл үдеуінің деңгейлері (Уровни виброускорения, дБ, в третьоктавных полосах со сред- негеометрическими частотами, Гц)											Ось үшін діріл үдеуі- нің түзе- тілген деңгейі, дБ (Корр- ректиро- ванный уровень виброуско- рения для оси, дБ)	Цикл, опе- рация үшін діріл үдеуі- нің түзетіл- ген деңгейі, дБ (Корректи- рованный уровень виброуско- рения для цикла, опе- рации, дБ)	Діріл үдеуі- нің экви- валентті түзетілген деңгейі, дБ (Эквива- лентный корректи- рованный уровень виброуско- рения, дБ)	Діріл үдеуі- нің рұқсат еті- лген эквива- лентті түзетіл- ген деңгейі, дБ (Допустимый эквивалент- ный коррек- тированный уровень виб- роускорения, дБ)
	1	2	4	8	16	31,5	63	125	250	500	1000				
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Үлгіні зерттеу нормативтік құжатқа сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводилось на соответствие нормативного документа)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
43-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
43- қосымша

Приложение 43
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министр- лігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген № 043 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 043/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Шу, дыбыс оқшаулау деңгейлерін өлшеу хаттамасы

Протокол измерения уровней шума, звукоизоляций

№ _____ (от) «__» _____ күні 20 _____ ж. (г.)

1. Объектінің толық атауы, мекенжайы, цех, учаске (Полное наименование объекта, адрес, цех, участок)

2. Өлшеу мақсаты (Цель измерения)

3. Өлшеулер объекті өкілінің қатысуымен жүргізілді (Замеры проводились в присутствии представителя объекта)

4. Өлшеу құралдары атауы, түрі, инвентарлық нөмірі (Средства измерений, наименование, тип, инвентарный номер)

5. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке)

6. Куәліктің күні мен нөмірі (Дата и номер свидетельства)

7. Өлшеулер жүргізуге негіз болған нормативтік құжат (нормативный документ (НД), в соответствии с которой проводились измерения)

7. Негізгі шу көздері мен олар тудыратын шудың сипаты (Основные источники шума и характер создаваемого ими шума)

8. Жұмыс істейтін адамдардың саны (Количество работающих человек)

9. Шу көзі және микрофондардың (датчиктер) орнатылған орындары мен олардың бағыты көрсеткімен көрсетілген үй-жайдың (аумақтың, жұмыс орнының, қол машинасының) кескіні. Өлшеу нүктелерінің реттік нөмірлері (Эскиз помещения (территории, рабочего места, ручной машины) с нанесением источника шума и указанием стрелками мест установки и ориентации микрофонов (датчиков). Порядковые номера точек замеров)

11. Зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проводились на соответствие НД)

10. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность))

11. Өлшеу жүргізілген күні (Дата проведения замера)

Өлшеулер нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Кескіні бойынша нүкте нөмірі (Номер точки по эскизу)	Өлшеу орны (жабдықтың маркасын, түрін, паспорт деректерін көрсету) (Место замера (указать марку, тип, паспортные данные оборудования))	Қосымша мәліметтер (өлшеу шарттары, шудың жұмыс ауысымы ішіндегі әсерінің ұзақтығы) (Дополнительные сведения (условия замера, продолжительность воздействия шума в течение рабочей смены))	Шудың сипаты					
				Характер шума					
				Спектр бойынша По спектру		Уақыт сипаттамалары бойынша По временным характеристикам			
				Кең қуысты (Широкополостной)	Тонды (Тональный)	Тұрақты (Постоянный)	Толқыма-лы (Колеблующийся)	Үзіл-мелі (Прерывистый)	Импульсті (Импульсный)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Октавалық жолақта дБ-мен ортагеометриялық жиілігі Гц-дағы дыбыстық қысымның деңгейлері (Уровни звукового давления в дБ октавных полосах со среднегеометрическими частотами в Гц)														ЛА дыбыс деңгейі (дыбыстың эквивалентті деңгейі)/ LA дыбыстың ең жоғарғы деңгейі, дБА (Уровень звука LA (эквивалентный уровень звука)) / (Максимальный уровень звука LA, дБА)	Норма бойынша LA дыбыстың рұқсат етілетін деңгейі / LA дыбыстың ең жоғарғы рұқсат етілетін деңгейі, дБА (Допустимый уровень звука LA по
1	25	26	8	16	31,5	63	125	250	500	1000	2000	4000	8000		

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Хаттама данада толтырылды (Протокол составлен в _____ экземплярах)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
44-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
44- қосымша

Приложение 44
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 044/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 044/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

**Электрмагниттік өрісті, инфрақызыл, ультракүлгін және лазерлік
сәулеленуді өлшеу хаттамасы**

**Протокол измерения электромагнитного поля, инфракрасного,
ультрафиолетового и лазерного излучений**

№ _____ от «__» _____ 20__ ж. (г.)

1. Объектінің толық атауы, мекенжайы, цех, учаске (Полное наименование объекта, адрес, цех, участок)

2. Өлшеу мақсаты (Цель измерения)

3. Өлшеулер объекті өкілінің қатысуымен жүргізілді (Замеры проводились в присутствии представителя объекта)

4. Өлшеу құралдарының атауы, түрі, инвентарлық нөмірі (Наименование средства измерений, тип, инвентарный номер)

5. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке)

_____ Куәліктің күні мен нөмірі (дата и номер свидетельства) _____

6. Өлшеулер жүргізуге негіз болған нормативтік-техникалық құжаттама (Нормативно-техническая документация в соответствии с которой проводились измерения) _____ атап көрсетіңіз (перечислить)

7. Зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проводилось на соответствие НД)

8. Өндіруші ұйым нөмірлерімен белгіленген жабдықтардың, электромагниттік сәулелену көздерінің орналасуы көрсетілген және өлшеу нүктелері енгізілген ұйжайдың кескіні (Эскиз помещения с указанием размещения оборудования, источников электромагнитных излучений обозначенных номерами организаций-изготовителей) и нанесением точек замеров)

9. Өлшеу жүргізілген күні (Дата проведения замера)

Реті бойын-	Кескін бойынша нүктенің орны	Өлшеу орны	Сәуле көзінен арақашықтығы, м	Еденнен биіктігі, м	Ауысым ішінде ЭМӨ аймағында болу уақыты	ЭМӨ кернеулігі Напряженность ЭМП		
						Электрлік құраушы бойынша, кВ/м, В/м		Электростатикалық өріс кВ/м,

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

ЭМӨ энергиясын шығаратын қондырғылардың тізбелері мен параметрлері (Перечни и параметры установок излучающих энергию ЭМП)						
Қондырғының атауы (Наименование установки)	ЭМС жиілігі (Частота ЭМИ)	ЭМС көзінің қуаты (Мощность источника ЭМИ)	Өлшеу кезіндегі көздің жұмыс режимі (қуаттылығы) (Режим работы (мощность) источника при измерении)	Көздің зауыттық нөмірі (Заводской номер источника)	Көздің шығарылған жылы (Год выпуска источника)	Ескертпе (Примечание)
17	18	19	20	21	22	23
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)						
Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _____						
(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)						
Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)						
Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)						

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
45-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
45 қосымша

Приложение 45
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген № 045/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 045/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Өсімдік шаруашылығы өнімін нитраттардың болуына зерттеу хаттамасы

**Протокол исследования растениеводческой продукции на содержание
нитратов**

№ _____ от «__» _____ 20__ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца)

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)

4. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)

5. Партия мөлшері (Величина партии)

6. Сынама алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)

7. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)

8. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

9. Көлемі (Объем)

10. Партиялар нөмірі (Номер партий)

11.Өндірілген мерзімі (Дата выработки)

12. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

13. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

14. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность))

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Өнімнің атауы (Наименование про- дукции)	Нитраттардың анықталған қалдық құра- мы (Обнаруженное остаточное содержание нитратов)	мг /кг	РЕМД нормативті көрсеткіш- тері, мг/кг (Нормативные показатели МДУ, мг/кг)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испы- таний)
1	2	3	4	5

Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на
соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.
И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование,
ЭЦП) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-
сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты
исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная
перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
46-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
46- қосымша

Приложение 46
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министр- лігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 046/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 046/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Ауыл шаруашылығы өнімдерінің, тамақ өнімдерінің, судың, топырақтың,
ауа ортасының үлгілерін (жоғары дәлдіктегі жабдықта) зерттеу хаттамасы**
**Протокол исследования образцов сельскохозяйственной продукции,
продуктов питания, воды, почвы, воздушной среды (на высокоточном
оборудовании)**

№ _____ от « ____ » _____ 20__ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)

4. Мөлшері (Количество)

5. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)

6. Көлемі (Объем)

7. Партия нөмірі (Номер партии)

8. Шығарылған мерзімі (Дата выработки)

9. Жарамдылық мерзімі (Срок годности)

10. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)

11. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)

12. Үлгі алу әдісіне нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора)

13. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

14. Сақтау шарттары (Условия хранения)

15. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

16. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

17. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)))

18. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

**Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)**

Ингредиенттер көрсеткіштерінің және басқалар- дың атауы Наименование показателей ингредиентов и других	Анықталған шоғырлан- дыру Обнаруженная концен- трация	Берілген шоғырлан- ну Заданная концен- трация	Сынақ әдістеріне ар- налған НҚ НД на методы исследо- вания
1	2	3	4
Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводилось на соответствие НД) _____			
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специа- листа проводившего исследование) _____			
Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабо- раторией (при наличии), ЭЦП) _____			
(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)			

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады
(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған
(Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
47-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
47- қосымша

Приложение 47
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 047 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 047/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Дезинфекциялау құралдарын зерттеу хаттамасы
Протокол исследования дезинфицирующих средств

№ _____ от «__» _____ 20 ____ ж.(г.)

1. Шаруашылық жүргізуші субъектінің, ұйымның атауы, мекенжайы
(Наименование хозяйствующего субъекта, организации, адрес)

2. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)

3. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)

4. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)

5. Белсенді заттың % құрамы (% содержание действующего вещества)

6. Көлемі (Объем)

7. Шығарылған күні (Дата выработки)

8. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения
испытаний
(температура, влажность))

9. Зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проводилось на
соответствие НД)

Қосымша деректер (Дополнительные сведения)

Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)

Үлгі- нің нө- мірі (Номер образ- ца)	Үлгілердің алынған ор- ны (Место отбо- ра образца)	Заттардың агре- гаттық күйі (Агрегатное со- стояние веществ)	Белсенді заттың анықталған құрамы (Обнаруженное содержание активного вещества)	Нормативті көрсеткіш (Нор- мативный показатель)	Зерттеу әдістеріне қолданылған НҚ (НД на методы ис- следования)
1	2	3	4	5	6

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.
И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование,
ЭЦП)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-
сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты
исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная
перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
48-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
48- қосымша

Приложение 48
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 048/е нысан- ды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 048/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года № _____

_____ серологиялық зерттеулер нәтижесі
(инфекция түріне)
Результат серологических исследований на _____
(вид инфекции)

№ _____ от «__» _____ 20____ ж. (г.)

1. Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)

2. Диагнозы (Диагноз)

3. ЖСН-і (ИИН)

4. Мекенжайы (Адрес)

5. Үлгіні жіберген ұйымның атауы (Название организации направившая образец)

6. Сынаманың атауы (наименование пробы)

7. Ауырған күні (на день болезни)

8. Зерттеу максаты (цель исследования)

9. Материалды жеткізу күні (Дата доставки материала)

10. Материалдың алынған күні (Дата забора материала)

11. Зерттеу нәтижесі (результат исследования)

12. Зерттеу НҚ-ға сәйкестікке жүргізілді (Исследование проводилось на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
49-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
49- қосымша

Приложение 49
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 049/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 049/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

Үлгілерді санитариялық вирусологияға зерттеу хаттамасы
Протокол исследования образцов на санитарную вирусологию

№ _____ от «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Сынаманың атауы (Наименование пробы)

2. Үлгіні алу орны (Место взятия образца)

3. Үлгінің алынған күні (Дата отбора)

4. Жарамдылық мерзімі (Срок годности)

5. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

6. Реакцияның түрі (Вид реакции)

7. Үлгіні жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения направившего образец)

8. Зерттеу әдісі (Метод исследования)

9. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)

10. Зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проводилось на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ. (Ф.И. О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование).

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП).
(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
50-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
50- қосымша

Приложение 50
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 050 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 050/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года № _____

_____ үлгілерді зерттеу нәтижесі
(инфекция түрі)
Результат исследований образцов на _____
(вид инфекции)

№ _____ «__» _____ 20__ ж. (г.)

1. Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)

2. ЖСН-і (ИИН)

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)

4. Жұмыс орны (Место работы)

5. Үлгіні жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения направивший образец)

6. Диагнозы (Диагноз)

7. Мыналарды: аңқадан, мұрыннан алынған жағындыны, ликвор, қан, нәжіс сынамасын зерттеу кезінде (при исследовании: мазок из зева, носа, ликвор, проба крови, фекалии, взятые)

_____ ауыру күнінде (на день болезни)

8. Жасушалардың өсіріндісінде алынды (на культуре клеток получен)

9. Бөлінген вирус (выделен вирус):

10. Антигендермен зерттеу барысында (При исследовании с антигенами)

11. Антиденелердің диагностикалық өсуі анықталды (Диагностический прирост антител обнаружен)

12. Материалды алу күні (Дата забора материала)

13. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

Қан үлгісі Образец крови	Ауыру күні День болезни	Вируска антиденелер 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. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
51-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
51- қосымша

Приложение 51
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 051/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 051/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

**Ағаш шикізаты мен ағаштан жасалған бұйымдардың
радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования радиоактивности древесного
сырья и изделий из дерева**

№ _____ «__» _____ 20 ____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгінің атауы (Наименование образца)

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

4. Үлгінің келіп түсу уақыты (Дата поступления образца)

5. Зерттеу әдісі (Метод исследования)

6. Көлемі (Объем)

7. Партия нөмірі (Номер партий)

8. Шығарылған күні (Дата выработки)

9. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором)

№ _____

10. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

№ _____ (от) «__» ____ 20__ ж.(г.)

11. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

12. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

13. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

14. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность))

Өлшеуер нәтижелері (Результаты измерений)

№	Үлгі- нің ата- уы Наиме- нова- ние об- разца	Меншікті тиімді белсенділік Cs- 137(Бк/кг) Удельная эффек- тивная актив- ность Cs-137(Бк /кг)	Меншікті тиімді белсенді- ліктің рұқсат етілген дең- гейі Cs-137 (Бк/кг) Допустимый уровень удельной эффективной ак- тивности Cs-137 (Бк/кг)	Меншікті тиім- ді белсенділік Sr- 90(Бк/кг) Удельная эф- фективная ак- тивность Sr- 90 (Бк/кг)	Сынақ әдісіне НҚ НД на ме- тод испытаний	Меншікті тиімді белсенді- ліктің рұқсат етілген дең- гейі Sr- 90 (Бк/кг) Допустимый уровень удельной эффективной активности Sr- 90 (Бк/кг)
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
52-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
52- қосымша

Приложение 52
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 052 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 052/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Топырақтың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы Протокол исследования радиоактивности почвы

№ _____ «__» _____ 20 ____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгінің атауы (Наименование образца)

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

4. Үлгінің келіп түсу уақыты (Дата поступления образца)

5. Зерттеу әдісі (Метод исследования)

6. Көлемі (Объем)

7. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором)

№

8. Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

№ (от) « » 20 ж.

(г.)

9. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)

10. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

11. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

12. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность))

**Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)**

--	--	--	--	--

№	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	Алу нүктесі (Точка отбора)	Меншікті тиімді белсенділік, Бк/кг (Удельная эффективная активность, Бк/кг)					
				Альфа белсенділігінің жиынтығы (Суммарная альфа-активность)	Бета белсенділігінің жиынтығы (Суммарная бета-активность)	Cs-137	Ra-226	Th-232	K-40
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
53-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
53- қосымша

Приложение 53
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 053/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 053/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года № ____

Құрылыс материалдары мен бұйымдарының радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы

Протокол исследования радиоактивности строительных материалов и изделий

№ _____ от «__» _____ 20____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгінің атауы (Наименование образца)

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

4. Зерттеу әдісі (Метод исследования)

5. Көлемі (Объем)

6. Партия нөмірі (Номер партий)

7. Шығарылған күні (Дата выработки)

8. Жарамдылық мерзімі (Срок годности)

9. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором)

№ _____

10. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

№ _____

(от) « _____ » _____ 20 ____ ж.(г.)

11. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)

12. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

13. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

14. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)))

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

р /с № /п	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Меншікті тиімді белсенділік, Бк/кг (Удельная эффективная активность, Бк /кг)	Меншікті тиімді рұқсат етілген белсенділіктің деңгейі, Бк/кг (Допустимый уровень удельной эффективной активности (Бк/кг))	Құрылыс заттарының класы (Класс строительного материала)	Зерттеу әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	Құрылыс материалдарын пайдалану шарттары (Условия использования строительных материалов)
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
54-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
54- қосымша

Приложение 54
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 054 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 054/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

Тыңайтқыштардың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования радиоактивности удобрений

№ _____ «__» _____ 20 ____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгінің атауы (Наименование образца)

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

4. Үлгіні алу уақыты (Время отбора образца)

5. Көлемі (Объем)

6. Партия нөмірі мерзімі (Дата выработки)

7. Зерттеу әдісі (Метод исследования)

8. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором)

№ _____

9. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

№ _____ (от) « _____ » _____ 20 _____ ж.
(г.)

10. Үлгіні зерттеу нормативтік құжатқа (НҚ) сәйкестігіне жүргізілді
(Исследование образца проводились на соответствие нормативного документа
(НД)) _____

11. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

12. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

13. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения
испытаний (температура, влажность))

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

р/с № №п /п	Үлгі- нің ата- уы (На- имено- вание образ- ца)	Меншікті белсенділік U-238 (Ra 226), Бк/кг (Удельная ак- тивность U-238 (Ra 226), Бк/кг)	Меншікті белсенді- лік Th- 238 Бк/кг (Удельная актив- ность Th- 238 Бк/кг)	Радионуклидтердің мен- шікті белсенділігі жиын- тығының мәні (А), Бк/кг (Значение суммы удель- ной активности радионук- лидов (А), Бк/кг)	Сынақ әдісіне арналған (НД на метод испы- таний)	Радионуклидтердің меншікті белсенділігі жиынтығының рұқ- сат етілген деңгейі Бк/кг (А) (Допустимый уровень суммы удельной активности радионук- лидов (А), Бк/кг)
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
55-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
55- қосымша

Приложение 55
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 055/е нысанда медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 055/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

**Қоршаған орта объектілерінің және өндіріс қалдықтарының
радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы**
**Протокол исследования радиоактивности объектов окружающей среды и
отходов производства**

№ _____ « _____ » _____ 20 ____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгінің атауы (Наименование образца)

3 Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

4. Зерттеу жүргізілген күн (Дата проведения испытания)

5. Зерттеу әдісі (Метод исследования)

6. Көлемі (Объем)

7. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором)

№

8. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

№ (от) « » 20

ж.(г.)

9. Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)

10. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

11. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

12. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)))

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

№	Үлгінің атауы	Радионуклидтердің меншікті тиімді белсенділігі (Бк/кг)	Сынақ әдісіне арналған НҚ	Үлестік тиімді белсенділіктің рұқсат етілген деңгейі(Бк/кг)
---	---------------	---	------------------------------	--

	(Наименование образца)	Сынама алу нүк- тесі (Точка обора)	(Удельная эффективная актив- ность радионуклидов, Бк/кг)	(НД на метод испытаний)	(Допустимый уровень удельной эф- фективной активности (Бк/кг))
1	2	3	4	5	6

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
56-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
56- қосымша

Приложение 56
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 056 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 056/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

Судың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования радиоактивности воды

№ _____ «__» _____ 20 ____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)

4. Зерттеу әдісі (Метод исследования)

5. Үлгі алынған партияның көлемі (Объем партии, из которой отобран образец)

6. Көлемі (Объем)

7. Үгілердің саны (Количество образцов)

8. Өлшеу құралдары (Средства измерений)

атауы, түрі, зауыттық нөмірі
(наименование, тип, заводской номер)

9. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке)

куәліктің берілген күні мен нөмірі (дата и
номер свидетельства)

10. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца
проводилось на соответствие НД)

11. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

12. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

13. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) Условия проведения
испытаний (температура, влажность)

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

№	Ингредиенттер көрсеткіш- терінің атауы (Наименование показателей ин- гредиентов)	Өлшем бірлігі (Единица из- мерения)	Анықталған мән (Обнару- женное значение)	Сынақ әдісіне ар- налған НҚ (НД на метод ис- пытаний)	Рұқсат етілетін кұрамы (Допустимое со- держание)
1	2	3	4	5	6

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
57-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
57- қосымша

Приложение 57
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген № 057 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 057/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Жұмыс орындарын дозиметриялық бақылау хаттамасы
Протокол дозиметрического контроля рабочих мест

№ _____ «__» _____ 20 _____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Өлшеулер жүргізілетін орын, бөлім, цех, (Место проведения замеров, отдел, цех)_____

3. Өлшеулер тексерілетін объект өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого объекта)

4. Өлшеу мақсаты (цель измерения)

Пайдалануға енгізу, жөндеу, инвентаризация және т.б. (Ввод в эксплуатацию, ремонт, инвентаризация и д.р.)

5. Өлшеу әдісі (метод измерения)

6. Өлшеу құралдары, атауы (Средства измерений, наименование)

7. Тексеру туралы мәліметтер, куәліктің күні мен нөмірі (Сведения о поверке, дата и номер свидетельства)

8. Өлшеу шарттары туралы қосымша деректер (Дополнительные сведения об условиях измерения)

9. Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)

10. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

11. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

12. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность))

Өлшеулер нәтижелері (Результаты измерений)

р /с № № п /п	Өлшеулер жүргізілген орын (Место проведения измерений)	Сәулелену түрлері (Виды излучения)	Өлшеу нүктесі (жоғарғы бетінен ара қашықтық, м; см) (Точка измерения (расстояния от измеряемой поверхности, м; см))	Өлшенген доза (мкЗв /ч, част/(см ² *мин), (Измеренная доза (мкЗв/ч, част/(см ² *мин))),	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	Рұқсат етілетін деңгейі (Допустимый уровень)
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
58-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
58- қосымша

Приложение 58
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 058/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 058/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Дозиметриялық бақылау хаттамасы Протокол дозиметрического контроля

№ ____ «__» _____ 20__ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Өлшеулер жүргізілген орын, бөлім, цех, квартал (Место проведения замеров, отдел, цех, квартал)

3. Өлшеу мақсаты (Цель измерения)

4. Өлшеулер тексерілетін объект өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого объекта)

5. Өлшеу құралдары (Средства измерений) атауы, түрі, зауыттық нөмірі (наименование, тип, заводской номер)

6. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке) куәліктің күні мен нөмірі (дата и номер свидетельства)

7. Өлшеу шарттары туралы қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения об условиях измерения)

8. Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры (НД на метод испытаний)

9. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

10. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

11. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность))

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі	Өлшеу жүргізілген орын	Дозаның өлшенген қуаты (мкЗв/сағ, н/сек)	Дозаның рұқсат етілетін қуаты
---------------	------------------------	---	-------------------------------

Регистрационный номер	Место проведения измерений	Измеренная мощность дозы(мкЗв/сағ, н/сек)			(мкЗв/сағ, н/сек) Допустимая мощность дозы (мкЗв/сағ, н/сек)		
		Еденнен (жерден) биіктікте На высоте от пола (грунта)			Еденнен (жерден) биіктікте На высоте от пола (грунта)		
		0,1м	1м	1,5м	0,1м	1м	1,5 м
1	2	3	4	5	6	7	8

Зерттеулер мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
59-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
59- қосымша

Приложение 59
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 059 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 059/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

Атмосфералық ауаның және жауын-шашынның радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы

Протокол исследований радиоактивности атмосферного воздуха и осадков

№ ____ «__» _____ 20 ____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)

4. Зерттеу әдісі (Метод исследования)

5. Зерттеуге алынған сорылатын ауаның/жауын-шашынның көлемі (Объем прокаченного воздуха/осадков взятой на исследование)

6. Уақыты (Время)

7. Өлшеу құралдарының атауы (Наименование средств измерений)

8. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке)

9. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводилось на соответствие НД)

10. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

11. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

12. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность))

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нө- мірі (Регистра- ционный номер)	Үлгінің атауы (Наимено- вание об- разца)	Көрсеткіш- тердің атауы (Наименова- ние показате- лей)	Өлшем бірлігі (Едини- ца изме- рения)	Сынақ әді- сіне арнал- ған НҚ	Анықталған шоғырландыру / Радионуклид- тердің меншікті тиімді белсенділігі, Бк/кг (Обнаруженная концентрация/ Удельная эффективная активность радионуклидов, Бк/кг)	Рұқсат ете- тін құрамы (Допусти- мое содер- жание)
---	--	--	---	-------------------------------------	---	--

				(НД на ме- тод испы- таний)		
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
60-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
60- қосымша

Приложение 60
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 060/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 060/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Висцеральды және тері лейшманиозына зерттеу хаттамасы
Протокол исследований на висцеральный и кожный лейшманиоз

№ _____ «__» _____ 20____ ж. (г.)

1. Үлгілердің атауы және саны (Наименование и число образцов)

2. Үлгіні жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения направившего образец)

3. Алынған орны, күні мен уақыты (Место, дата и время отбора)

4. Сынамаларды зертханаға жеткізу уақыты және шарттары (Время и условия доставки проб в лабораторию)

5. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)

6. Тексерілетін адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) обследуемого)

7. Жасы (Возраст)

8. Зерттелушінің ЖСН-і (ИИН обследуемого)

9. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)

10. Жұмыс орны (Место работы)

11. Диагнозы (Диагноз)

12. Зерттеу әдісі (Метод исследования)

13. Үлгі алу әдісіне арналған НҚ (НД на метод отбора)

14. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)

15. Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
61-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
61- қосымша

Приложение 61
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министр- лігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 061/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 061/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Емшек сүтін зерттеу хаттамасы
Протокол исследований грудного молока

№ _____ (от) « ____ » _____ 20 ____ ж.(г.)

1. Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)

2. Жасы (возраст) _____ ИИН (ЖСН)

3. Диагнозы (Диагноз)

4. Медициналық ұйым (Медицинская организация)

5. Үлгі алынған күні мен уақыты (Дата и время взятия образца)

6. Үлгіні жеткізу күні мен уақыты (Дата и время доставки образца)

7. Үлгінің мөлшері (Дата и время доставки образца)

8. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)

9. Нәтижесі (Результат)

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)
(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
62-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
62- қосымша

Приложение 62
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министр- лігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 062/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 062/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Ашық түрдегі радиоактивті заттармен жұмыс кезіндегі дозиметриялық және
радиометриялық өлшеулер хаттамасы**

**Протокол дозиметрических и радиометрических измерений при работе с
радиоактивными веществами в открытом виде**

№ _____ от «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

р /с № № п /п	Өлшеулер жүргізілген орын Место проведения измерений	Сәулелену түрлері (Виды излучения)	Өлшеу нүктесі (өлшенетін беттен қашықтық, м; см) (Точка измерения (расстояния от измеряемой поверхности, м; см))	Өлшенген доза (мкЗв /сағ, жиілік/(см ² *мин) (Измеренная доза(мкЗв /ч, част/(см ² *мин))	Рұқсат етілетін деңгейі (Допустимый уровень)
1	2	3	4	5	6

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
63-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
63- қосымша

Приложение 63
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 063/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 063/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Рентген кабинетіндегі рентген сәулесін дозиметриялық өлшеу хаттамасы
Протокол дозиметрических измерений рентгеновского излучения в
рентгеновском кабинете

№ _____ « _____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Мекеменің атауы (Наименование учреждения)

2. Мекенжайы (Адрес) _____ Корпусы (корпус) _____ Қабат
(этаж) _____

Бөлме (комната) _____

3. Өлшеулер объект өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения проводились в
присутствии представителя объекта)

4. Кабинеттің мақсаты (Назначение кабинета)

телефоны (телефон) _____

5. Аппарат

6. Техникалық паспорт (Технический паспорт)

№ _____

7. Жарамдылық мерзімі дейін (срок действия до)

8. Анодтық кернеу _____ кВ, Жалпы сүзгі (Общий фильтр)

9. Қосымша сүзгі (Дополнительный фильтр) _____ мм Al (Cu)

10. Өлшеу тін-эквивалентті фантоммен жүргізілді (Измерения проводились с
тканеэквивалентным фантомом)

11. Дозиметр түрі (дозиметром типа) _____ №

_____, тексеру туралы сертификат (сертификат о поверке) №

_____ от _____

12. Сынақ әдісіне НҚ (НД на метод испытаний)

13. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

14. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

15. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность))

Кабинет сызбасы (Чертеж кабинета) Кабинетпен жапсарлас үй-жайлар (Смежные с кабинетом помещения) Жабдықтың орналасуы (размещение оборудования)

																			Кабинеттің үстінде (Над кабинетом)
																			Кабинеттің астында (Под кабинетом)
																			А қабырғасының артында (За стеной А)
																			Б қабырғасының артында (За стеной Б)
																			В қабырғасының артында (За стеной В)
																			Г қабырғасының артында (За стеной Г)
																			Д қабырғасының артында (За стеной Д)

ӨЛШЕУЛЕР НӘТИЖЕЛЕРІ (РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗМЕРЕНИЙ)
(Жұмыс жүктемесі кезінде (при рабочей нагрузке) _____ мА·мин/нед.
апта)

Өлш. нүк. № точ. изм.	Өлшеулер орнының атауы (Наименование места измерения)		Сәулелену бағыты (Направление излучения)	I изм, мА	Доза қуаты (Мощность дозы)				ДМД, мкЗв /ч	Ес-керт- пе При- ме- ча- ние
					МД изм	• D изм, мкГр /сағ	• D прив, мкГр /сағ	• E, мкЗв /сағ		
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10
Емишара жүргізілетін рентген кабинетімен жапсарлас үй-жайлар (Помещения, смежные с процедурной рентгеновского кабинета)										
Фон										
1	Кабинеттің үстінде (Над кабинетом)									
2	Кабинеттің астында (Под кабинетом)									
3	А қабырғасының артында (За стеной А)	Қабырға (Стена)								
4		Терезе (Окно)								
5		Есік Дверь								

Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
64-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
64- қосымша

Приложение 64
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 064/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 064/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Металды, металдан жасалған бұйымдарды және металл сынықтарын
дозиметриялық бақылау
хаттамасы**

**Протокол дозиметрического контроля металла, изделия из металла и
металлолома**

№ _____ «_____» _____ 20 _____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Өлшеулер жүргізілетін орын (Место проведения замеров (площадка, цех, квартал, склад)

3. Өлшеулер әдісі (Метод измерения)

4. Өлшеулер объект өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения проводились в присутствии представителя объекта)

5. Өлшеу құралдары (Средства измерений)_____ атауы
(наименование)

6. Көлемі (Объем)

7. Тексеру туралы мәліметтер, куәліктің күні мен нөмірі (Сведения о поверке, дата и номер свидетельства)

8. Жергілікті жердің табиғи гамма-фонның ЕТТД-сы (көрсеткіш) (МЭД (показатель) естественного гамма-фона местности)

9. Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)

10. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

11. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

12. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность))

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

р /с № № п /п	Үлгі ата-уы (Наименование образца)	Альфа-бөлшектер ағыны, Бк/см ² х мин		Бета-бөлшектер ағыны, Бк /см ² х мин Поток		Гамма-сәулеленудің ЕТТД-сы мкЗв /с	
		Поток Альфа-частиц, Бк /см ² х мин		Бета-частиц, Бк /см ² х мин		МЭД гамма-излучения, мкЗв/ час	
		Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)	Рұқсат етілген деңгейлер (Допустимые уровни)	Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)	Рұқсат етілген деңгейлер (Допустимые уровни)	Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)	Рұқсат етілген деңгейлер (Допустимые уровни)
1	2	3	4	5	6	7	8

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
65-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
65- қосымша

Приложение 65
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министр- лігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Үй-жайлар ауасында радонның және оның ыдырау өнімдерінің болуын
өлшеу хаттамасы**
**Протокол измерений содержания радона и продуктов его распада в воздухе
помещений**

№ _____ «_____» _____ 20__ ж.(г.)

1. 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 куәліктің күні мен нөмірі (Сведения о поверке, дата
и номер свидетельства)

7. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения
испытаний (температура, влажность))

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Өлшеу жүргізілген орны Место проведения измерений	Радонның өлшенген, тепе-тең, эквивалентті көлемді белсенділігі, Бк/м ³ (Измеренная, равновесная, эквивалентная, объемная активность радона, Бк/м ³)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	Рұқсат етілетін шекті шоғырлану Бк/м ³ (Допустимая концентрация Бк/м ³) Ағынның рұқсат етілен шекті тығыздығы (мБк/ш.м·с) (Допустимая плотность потока (мБк/м ² ·сек)	Желдету жағдайы туралы белгілер (Отметки о состоянии вентиляции)
1	2	3	4	5	6

Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
66-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
66- қосымша

Приложение 66
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 066/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 066/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Жеке дозаларды өлшеу хаттамасы
Протокол измерения индивидуальных доз

№ _____ от «_____» _____ 20____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Адамдар санаты (Категория лиц) (А,Б,В)

3. Өлшеу әдісі (Метод измерения)

4. Өлшеу құралдары, атауы, түрі, зауыттық нөмірі (Средства измерений, наименование, тип, заводской номер)

5. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке)

6. Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)

7. Үлгіні__ерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)

Өлшеулер нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))	Лауазымы (Должность)	Дозиметрдің нөмірі (Номер дозиметра)	мЗв-мен өлшенген доза (Измеренная доза в мЗв)
1	2	3	4	5

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
67-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
67- қосымша

Приложение 67
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 067/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 067/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № ____

Микробиологиялық зерттеу нәтижесі
Результат микробиологического исследования

№ _____ «__» _____ 20____ ж. (г.)

-
1. Биологиялық үлгі алынған күн (Дата взятия биологического образца)
« _____ » _____ 20 ____ ж. (г.)
2. Талдаудың берілген күні (Дата выдачи анализа) « _____ »
_____ 20 ____ ж.(г.)
3. Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия,
имя, отчество (при его наличии) обследуемого) _____ жасы
(возраст) ____ ЖСН (ИИН) _____
4. Диагнозы (Диагноз)

5. Медициналық ұйымы (Медицинская организация)

бөлімше (отделение)

6. Зерттеу кезінде (При исследовании)

үлгіні көрсетіңіз (указать образец)
7. Нәтижесі (Результат)

8. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца
проводилось на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.
И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего
исследование) _____
Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-
сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)
- Сынау нәтижелері тек сыналуға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты
исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
68-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
68- қосымша

Приложение 68
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 068/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 068/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

Күлдің радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования радиоактивности золы

№ _____ «__» _____ 20 ____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгінің атауы (Наименование образца)

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

4. Үлгілерді алу уақыты (Время отбора образца)

5. Зерттеу әдісі (Метод исследования)

6. Көлемі (Объем)

7. Партиялар нөмірі (Номер партий)

8. Шығарылған күні (Дата выработки)

9. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором)

_____ № _____

10. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

№ _____ (от) « ____ » _____ 20 ____ ж.(г.)

11. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)

12. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

13. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

14. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность))

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

р /с № № п /п	Үлгінің атауы (Наиме- нование образца)	Радионуклидтердің мен- шікті белсенділігінің мән- дері ($A^{K\gamma L}$) Бк/кг (Значения удельной актив- ности радионуклидов (A^{30La}) Бк/кг)	Радионуклидтердің меншікті белсенділігінің рұқсат етілген деңгейі ($A^{K\gamma L}$) Бк/кг (Допустимый уровень удельной активности радионуклидов (A^{30La}) Бк/кг)	Күлдің радиа- циялық қауіп- тілік класы (Класс радиа- ционной опас- ности золы)	Күлдің пайдалану шарттары (Условия использо- вания зо- лы)	Сынақ әді- сіне арнал- ған НҚ-ры (НД на ме- тод испы- таний)
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
69-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
69- қосымша

Приложение 69
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министр- лігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 069 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 069/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Материалдардың, шикізаттардың, бұйымдардың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы

Протокол исследования радиоактивности материалов, сырья, изделий

№ ____ «__» _____ 20 ____ ж.(г.)

1. Объект атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)

4. Зерттеу әдісі (Метод исследования)

5. Өлшеу құралдары (Средства измерений)

(атауы, (наименование)

6. Көлемі (Объем)

7. Партиялар нөмірі (Номер партий)

8. Шығарылған күні (Дата выработки)

9. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке)

10. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)

11. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

12. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

13. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)))

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

р/с № №п/п	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Көрсеткіштердің ата- уы (Наименование пока- зателей)	Өлшем бірлігі (Единица из- мерения)	Нақты меншікті тиімді белсенділік (Фактическая удельная эффектив- ная активность)	Рұқсат етілетін құ- рамы (Допустимое со- держание)
1	2	3	4	5	6

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
70-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
70- қосымша

Приложение 70
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 070/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 070/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

Тамақ өнімдерінің радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования радиоактивности пищевых продуктов

№ ____ «__» _____ 20 ____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)

4. Зерттеу әдісі (Метод исследования)

5. Өлшеу құралдары (атауы) (Средства измерений (наименование))

6. Көлемі (Объем)

7. Партиялар нөмірі (Номер партий)

8. Шығарылған күні (Дата выработки)

9. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке)

10. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводилось на соответствие НД)

11. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдығы) Условия проведения испытания (температура, влажность)

12. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

13. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

	Үлгі атауы		Өлшем бірлігі		
--	------------	--	---------------	--	--

р /с № № п /п	(Наименование образца)	Көрсеткіштердің ата- уы (Наименование пока- зателей)	(Единица из- мерения)	Радионуклидтердің меншікті тиімді белсенділігі (Удельная эффективная активность радионуклидов)	Рұқсат етілетін құ- рамы (Допустимое со- держание)
1	2	3	4	5	6

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП)_____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда), Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабора-
торией (при наличии), ЭЦП)_____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Зерттеу нәтижелері тек сыналатын үлгілерге қолданылады (Результаты
исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная
перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
71-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
71- қосымша

Приложение 71
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министр- лігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 071 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 071/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

**Отын-энергетикалық минералдық шикізаттың радиоактивтілігін зерттеу
хаттамасы**

**Протокол исследования радиоактивности топливно-энергетического
минерального сырья**

№ _____ «__» _____ 20 ____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгінің атауы (Наименование образца)

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

4. Сынақ жүргізілген күн (Дата проведения испытаний)

5. Зерттеу әдісі, көмірдің күлденуі (Метод исследования, зольность угля) (%)

6. Көлемі (Объем)

7. Партиялар нөмірі (Номер партий)

8. Шығарылған күні (Дата выработки)

9. Зерттеу мына аспаппен жүргізілді (Исследования проводились прибором)

№

10. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке

№

(от) «_____» _____ 20____ ж.(г.)

11. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)

Өлшеу нәтижелері / (Результаты измерений)

р /с № № п\п	Үлгінің атауы	Радионуклидтердің меншікті бел- сенділігінің мәнінің қосындысы МАҮБ (С көмір)	Сынақ әдісіне арнал- ған НҚНД на метод испытаний	Рұқсат етіле- тін деңгейі (Скөмір)	Көмірдің радиа- циялық қауіпті- лік класы	Көмірді пайдалану шарттары
--------------------------	------------------	--	--	--	---	----------------------------------

	(Наименование образца)	(Значения суммы отношений удельной активности радионуклидов к МЗУА (С уголь))		(Допустимый уровень (С уголь))	(Класс радиационной опасности угля)	(Условия использования угля)
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
72-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
72- қосымша

Приложение 72
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 072 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 072/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

Адамдарды спектрометриялық өлшеу хаттамасы
Протокол спектрометрического измерения человека

№ ____ «__» _____ 20 __ ж. (г.)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

2. Жеке басын куәландыратын құжаттар (куәлік, төлқұжат) (Документы, удостоверяющие личность (удостоверение, паспорт) № _____ ЖСН (ИИН) _____

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)

4. Жынысы (Пол) _____ Жасы (Возраст) _____ Салмағы (Вес) _____

5. Қосымша деректер (Дополнительные данные)

6. Өлшеу мына аспаппен жүргізілді (измерение проводились на приборе) _____ № _____

7. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке) № _____

8. Өлшеу геометриямен жүргізілді (Измерение проводилось в геометрии) _____

9. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

р/с № №п /п	Өлшенетін ағ- заның атауы (Наименова- ние измеряемо- го органа)	Меншікті тиімді белсенділік Cs-137 Бк/кг (Удельная эффек- тивная актив- ность Cs-137Бк /кг)	Меншікті тиімді белсенділікMn- 54Бк/кг (Удельная эффек- тивная активность Mn - 54Бк/кг)	Меншікті тиімді белсенділік Cr- 51Бк/кг (Удельная эффек- тивная актив- ность Cr-51 Бк/кг)	Меншікті тиімді белсенділік Co-60 Бк/кг (Удельная эффек- тивная актив- ность Co-60 Бк/кг)	Меншікті тиімді белсенділік I-131 Бк/кг (Удельная эффек- тивная актив- ность I-131 Бк/кг)
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
73-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
73- қосымша

Приложение 73
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 073/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 073/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Жағындылар әдісімен алынатын ластануды зерттеу хаттамасы
Протокол исследования снимаемого загрязнения методом мазков

№ _____ «__» _____ 20 _____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгінің атауы (Наименование образца)

3. Үлгілердің алынған күні (Дата отбора образца)

4. Объекті пайдаланатын ИСК түрі (Вид ИИИ использующих объектом)

5. Зерттеу әдісі (Метод исследования)

6. Зерттеу мына аспаппен жүргізілді (Исследования проводились прибором)

№

7. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

№

(от) «_____» _____ 20__ ж.(Г.)

8. Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)

9. Сәуле көздерінің және бақылау нүктелерінің орналасу схемасы (Схема расположения источников и контрольных точек)

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

р/с № №п/п	Алынатын ласты бақылау орны (Место контроля снимаемого загряз- нения)	Анықталған белсенділік, Бк/см ² Обнаруженная активность, Бк/см ²		Сынақ әдісіне ар- налған НҚ (НД на метод испы- таний)
		Жиынтық альфа- белсен- ділік (Суммарная альфа-актив- ность)	Жиынтық бета- белсен- ділік (Суммарная бета-актив- ность)	
1	2	3	4	5

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Зерттеу нәтижелері тек сыналатын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
74-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
74- қосымша

Приложение 74
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген № 074/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 074/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Радионуклидтік терапиядан кейін пациенттердің экспозициялық дозасының
қуатына өлшеу жүргізу хаттамасы**
**Протокол проведения измерений мощности экспозиционной дозы пациентов
после радионуклидной терапии**

№ _____ «__» _____ 20 ____ ж.(г.)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

2. Жеке басын куәландыратын құжаттар № ____ (куәлік, төлқұжат, кім берген)
(Документы, удостоверяющие личность № ____ (удостоверение, паспорт, кем
выдан)) ____

керектісін сызу (нужное подчеркнуть)

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)

4. Қосымша деректер (Дополнительные данные)

5. Өлшеу мына аспапта жүргізілді (измерение проводилось на приборе) №

6. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке) №

7. Өлшеулер түрегеп тұрған пациентке әр жағынан және әртүрлі деңгейде 1 м
қашықтықта жүргізілді (Измерения проводились на расстоянии 1 м от стоящего
пациента с разных сторон и на разных уровнях)

8. Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)

9. Зерттеулер мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проводилось
на соответствие НД) ____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

Ағзаның атауы Наименование органа	Өлшенген ЕТТД (мкЗв/ч) (Измеренная МЭД (мкЗв/сaғ))	Рұқсат етілетін ЕТТД (мкЗв/ч) (Допустимая МЭД (мкЗв/сaғ))	Ағзаның атауы (Наименование органа)	Өлшенген ЕТТД (мкЗв/ч) (Измеренная МЭД (мкЗв/сaғ))	Рұқсат етілетін ЕТТД (мкЗв/ч) (Допу- стимая МЭД (мкЗв /сaғ))

Алдыннан (Спреди)			Оң жақ бүйірінен (С правого бока)		
Қалқанша без (Щито- видная железа)			Қалқанша без (Щито- видная железа)		
Кеуде (Грудь)			Кеуде (Грудь)		
Асқазан (Желудок)			Асқазан (Желудок)		
Жыныс ағзалары (Поло- вые органы)			Жыныс ағзалары (Поло- вые органы)		
Артынан (Сзади)			Сол жақ бүйірінен (С левого бока)		
Қалқанша без (Щито- видная железа)			Қалқанша без (Щито- видная железа)		
Кеуде (Грудь)			Кеуде (Грудь)		
Асқазан (Желудок)			Асқазан (Желудок)		
Жыныс ағзалары (Поло- вые органы)			Жыныс ағзалары (Поло- вые органы)		

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
75-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
75- қосымша

Приложение 75
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 075/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 075/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Дайын тағамдар мен жартылай фабрикаттарды зерттеу хаттамасы
Протокол исследования готовых блюд и полуфабрикатов

№ _____ «__» _____ 20 _____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Тағамның, жартылай фабрикаттың атауы (Наименование блюда, полуфабриката)

3. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)

4. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)

5. Көлемі (Объем)

6. Партиялар саны (Номер партий)

7. Шығарылған күні (Дата выработки)

8. Жарамдылық мерзімі (Срок годности)

9. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)

10. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность))

11 Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

12. Зерттеу әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)

13. Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД)

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Сынама атауы (Наименование пробы)	Ингредиенттер көрсеткіштерінің және басқаларының атауы Наименование показателей ингредиентов и других	Анықталған шоғырландыру Обнаруженная концентрация	Нормативтік көрсеткіштер Нормативные показатели	Зерттеу әдісіне арналған НҚ НД на методы исследования
1	2	3	4	5

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
76-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
76- қосымша

Приложение 76
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 076/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 076/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

**Елді мекендердің атмосфералық ауасының сынамасын алу және зерттеу
хаттамасы**

**Протокол отбора и исследования проб атмосферного воздуха населенных
мест**

№ _____ «_____» _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Ауа үлгісі алынған орын (Место отбора образца воздуха)

2. Үлгінің түрі (бір жолғы, тәуліктік орташа) (Вид образца (разовая, среднесуточная))

3. Үлгі сәйкестендіріліп алынған НҚ (НД, в соответствии с которой произведен отбор образца)

4. Сынамалар алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора проб)

5. Сынамалар жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки проб)

6. Үлгілерді алуда қолданылған өлшем құралдары (Средства измерений, применяемые при отборе образца)

7. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке)

8. Жергілікті жердің сипаттамасы (Характеристика местности):

рельефі (рельеф)

жасыл желектер (зеленый массив)

оның биіктігі (его высота)

ластану көзінен арақашықтығы (расстояние от источника загрязнения)

9. Жақын орналасқан объектілер (Близлежащие объекты)

10. Үлгіні алған адамның лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица производившего отбор образца) _____

қолы (подпись) _____

11. Аудан өкілінің атқаратын лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Занимаемая должность представителя района, фамилия, имя, отчество (при его наличии)) _____ ҚОЛЫ (подпись) _____

Нөмірлері (Номера)		Үлгілер- ді алған орын (Точка отбора образ- цов)	Сыңқ әдісіне НҚ (НД на ме- тод испытаний)	Метеорологиялық факторлар (Метеорологические факторы)			Алу уақыты (сағ.,мин) (Время отбора (час, мин))			
Сүзгілер- дің, сіңір- гіштердің (Филь- тров, по- глодите- лей)	Кескіні бой- ынша алу нүктелерінің (Точек отбо- ра по эскизу)			Атмосфера- лық қысым, мм. сын. бағ. (Атмосфер- ное давле- ние мм. рт. ст.)	Ауа темпера- турасы С° (Температура воздуха)		Салы- стырма- лы ылғал- дылығы (Относи- тельная влаж- ность)	Ба- ста- луы (На- ча- ло)	Аяқ- та- луы (Ко- нец)	Аспи- рация жыл- дамды- ғы, л /ми- нутпен (Ско- рость аспи- рации, в л /мин)
					Құр- ғақ (Су- хо- го)	Ылғал- ды (Влаж- ного)				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Сіңіргіштер мен сүзгілердің нөмірі атмосфералық ауаны зерттеу нәтижелерін тіркеу журналынан көшіріп жазылады (Номера поглотителей и фильтров переписываются из журнала регистрации результатов исследования атмосферного воздуха)

Анықталатын заттың, ингредиентің атауы (Наименование определяемого вещества, ингредиента)	Өлшем бірліктері, шоғырлануды зерттеу нәтижесі (Единицы измерения, результат исследования концентрации)				Зерттеу негізделіп жүргізілген нормативтік құжаттама (Нормативная документация в соответствии с которой проводились исследования)
	Ең жоғары - бір жолғы (Максимально-разовая)		Тәуліктік орташа (Среднесуточная)		
	Анықталған (Обнаруженная мг /м³)	РЕ-ІІІІ (ПДК)	Анықталған (Обнаруженная мг /м³)	РЕ-ІІІІ (ПДК)	

12	13	14	15	16	17
----	----	----	----	----	----

Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
77-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
77- қосымша

Приложение 77
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 077/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 077/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Жабық үй-жайлар мен жұмыс аймағы ауасының сынамасын алу және
зерттеу хаттамасы**

**Протокол отбора и исследования проб воздуха закрытых помещений и
рабочей зоны**

№ _____ «_____» _____ 20____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Ауа сынамаларын алу орны, цех, учаске, бөлімше, үй-жай, ғимарат, бөлме, сынып және басқалар (Место отбора проб воздуха (цех, участок, отд., помещение, здание, комната, класс и другие))

3. Алынған күні және уақыты (Дата и время отбора)

4. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)

5. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

6. Сақтау шарттары (Условия хранения)

7. Сынамаларды алу кезінде қолданылатын өлшеу аспаптары (Средства измерений, применяемые при отборе проб)

8. Тексеру туралы деректер (Сведения о поверке)

9. Үй-жайдың сипаттамасы (Характеристика помещения)

10. Жұмыс істейтін адамдар саны (Количество работающих человек)

11. Ластанудың негізгі көздері (Основные источники загрязнения)

12. Ластау көздері мен ауа сынамаларын алған жерлерді (алу нүктелерінің реттік нөмірлерін) көрсете отырып, үй-жайдың (аумақтың, алаңның, жұмыс орнының және басқалардың) эскизі (Эскиз помещения (территории, площадки, рабочего места и другие) с указанием источника загрязнения и точек отбора проб воздуха

(порядковые номера точек отбора)

13. Ауа сынамасын алуға қатысқан тексерілетін объекті өкілінің лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя обследуемого объекта, присутствующего при отборе воздуха), қолы (подпись)

14. Технологиялық процестің сипаттамасы (Характеристика технологического процесса): Жұмыс істейтін жабдықтардың пайызы (Процент работающего оборудования)

15. Режимі, қолмен орындалатын операциялар (Режим, наличие ручных операций)

16. Ауа үлгісін алған адамның лауазымы Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Должность, Ф.И.О. (при его наличии), проводившего отбор воздуха)
_____ қолы (подпись)

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерения)

Нөмірлері Номера		Үлгілерді алған орын (Точка отбора образцов)	Метеорологиялық факторлар (Метеорологические факторы)				
Сүзгілердің, сіңіргіштердің (Фильтров, поглотителей)	Эскиз бойынша алу нүктелерінің (Точек отбора по эскизу)		Атмосфералық қысым, мм. сын. бағ. (Атмосферное давление мм.рт. ст.)	Ауа температурасы С° (Температура воздуха С°)			
				Құрғақ (Сухого)	Ылғалды (Влажного)	Салыстырмалы ылғалдылығы (Относительная влажность)	Ауа қозғалысының жылдамдығы (Скорость движения воздуха)
1	2	3	4	5	6	7	8
Арақашықтық м, см (Расстояние в м, см)			Алу уақыты (сағ.,мин) (Время отбора (час,мин))				
Еденнен (От пола)	Ластану көзінен (От источника загрязнения)		Басталуы (Начало)	Аяқталуы (Конец)	Аспирация жылдамдығы,л/минутпен (Скорость аспирации, вл/мин)		
9	10		11	12	13		

Сіңіргіштер мен сүзгілердің нөмірлері осы нысанның (№ __) артқы бетіне сәйкес жүргізілетін жабық үй-жайлардың ауасын зерттеу нәтижелерін тіркеу журналынан көшіріп жазылады. Номера поглотителей и фильтров

переписываются из журнала регистрации результатов исследования воздуха закрытых помещений, который ведется в соответствии с разворотом данной формы.

Анықталатын заттың, ингредиенттің атауы (Наименование определяемого вещества, ингредиента)	Зерттеу нәтижелері, мг/м3 (Результаты исследования в мг/м3)		Зерттеу әдістемесі (Методика исследования)
	Ең жоғары – бір реттік (Максимально-разовая)		
	Анықталған шоғырландыру (Обнаруженная концентрация)	РЕШШ, ЭБКД және басқалар (ПДК, ОБУВ и другие)	
14	15	16	17

Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
78-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
78- қосымша

Приложение 78
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 078 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 078/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Жарықтандыруды өлшеу хаттамасы
Протокол измерений освещенности

№ _____ «__» _____ 20____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы, цех, учаске, сынып, бөлме (Наименование
объекта, адрес,

(цех, участок, класс, комната)

2. Өлшеу мақсаты (Цель измерения)

3. Өлшеулер тексерілетін объект өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения
проводились в присутствии представителя обследуемого объекта)

4. Фотоэлектрлік люксметр типі, инвентарлық (Фотоэлектрический люксметр
типа, инвентарный)

5. Тексеру туралы мәліметтер, куәліктің күні мен нөмірі (Сведения о поверке,
дата и номер свидетельства)

6. Өлшеулер негізделіп жүргізілген НҚ (НД, в соответствии которой проводились
измерения)

атап өтіңіз (перечислить)

7. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения
испытаний (температура, влажность))

8. Жабдықтардың орналасуы, шамдардың орналасуы, жарық беретін
конструкциялардың орналасуы (терезе, жарық беретін шамдар) көрсетілген және
өлшеу нүктелері енгізілген үй-жайдың эскизі (Эскиз помещения с указанием
расстановки оборудования, размещения светильников, расположения
светонесущих конструкций (окон, световых фонарей) и нанесением точек
замеров)

9. Өлшеу жүргізілген күні (Дата проведения замера)

Жасанды жарықты өлшеу нәтижелері (Результаты измерения искусственной освещенности)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Эскиз бойынша нүктенің нөмірі (Номер точки по эскизу)	Өлшеу орны (Место измерения)	Жұмыс разряды, кіші разряд (Разряд работы, под разряд)	Жалпы, жергілікті, аралас жарықтандыру жүйесі (Система освещения общее, местное, комбинированное)	Шамның түрі, типі және маркасы (Вид, тип и марка ламп)	Жарықтандыру люкспен (Освещение в люксах)	Нормалар бойынша рұқсат етілген, лк (Допустимая по нормам, лк)
1	2	3	4	5	6	7	8

Тір- кеу нөмі- рі (Ре- ги- стра- цион- ный но- мер)	Эскиз бой- ынша нүкте нөмірі (Но- мер точки по эс- кизу)	Өл- шеу ор- ны (Ме- сто из- ме- ре- ния)	Жұ- мыс разря- ды, кі- ші разря- ды (Раз- ряд, под- ряд рабо- ты)	Өл- шеу жүргі- зу уа- қыты (Вре- мя про- веде- ния заме- ров)	Үй-жай ішіндегі табиғи, біріктірілген, аралас жарықтандыру (Естественная, совмещенная, комбинированная освещенность внутри помещения)						Сырт- қы жа- рык (На- руж- ная осве- щен- ность)	ТЖК орта- ша мәні (КЕО сред- нее зна- че- ние)
					Табиғи жарықтан- дыру кезінде При естественном освещении		Біріктірілген жа- рықтандыру кезін- де При совмещенном освещении		Аралас жарықтан- дыру кезінде При комбиниро- ванном освещении			
					Жарық- танды- руды нақты өлшеу, лк (Факти- ческий замер осве- щенно- сти,лк)	Нор- ма бой- ынша рұқ- сат етіл- ген (Допу- сти- мая по нор- мам)	Жарық- тандыру- ды нақ- ты өл- шеу, лк (Факти- ческий замер освещен- ности, лк)	Нор- ма бой- ынша рұқ- сат етіл- ген (Допу- сти- мая по нор- мам)	Жарық- тандыру- ды нақ- ты өл- шеу, лк (Факти- ческий замер освещен- ности, лк)	Нор- ма бой- ынша рұқ- сат етіл- ген (Допу- сти- мая по нор- мам)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _____

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
79-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
79-қосымша

Приложение 79
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 079/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 079/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Метеорологиялық факторларды өлшеу хаттамасы
Протокол измерений метеорологических факторов

№ ____ «__» _____ 20 ____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Өлшеу жүргізу орны, цех, учаске, бөлімше, ғимарат және басқалары (Место проведения измерений, цех, участок, отделение, здание и другое)

3. Өлшеулер мақсаты (Цель измерения)

4. Өлшеулер тексерілетін объект өкілінің қатысуымен жүргізілді, лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого объекта, должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

5. Өлшеулер құралы, атауы, маркасы, инвентарлық нөмірі (Средство измерений, наименование, марка, инвентарный номер)

1) Тексеру туралы мәліметтер, куәліктің, анықтаманың күні және, нөмірі (Сведения о поверке, дата и номер свидетельства, справки)

6. Өлшеулер жүргізуге және қорытынды беруге негіз болған НҚ (НД, в соответствии с которой проводились измерения и давалось заключение

атап көрсетіңіз (указать)

7. Үй-жайдың сипаттамасы (Характеристика помещения):

а) жалпы ауданы (площадь) общий _____ м²; көлемі кубатура) _____ м³

б) жұмыс істейтін адамдардың саны (Количество работающих человек)

в) ылғалды бөлу (влаговыведение): елеулі (значительное), елеусіз (незначительное)

г) шамадан тыс жылу (избытки явного тепла): жоқ (отсутствуют), елеусіз (незначительное), елеулі (значительные)

8. Жабдықтардың орналасуы көрсетілген және өлшеу нүктелері енгізілген үй-жай кескіні

(Эскиз помещения с указанием размещения оборудования и нанесением точек замеров)

9. Атмосфералық ауаның метеорологиялық факторларын өлшеу нәтижелері (Результаты измерений метеорологических факторов атмосферного воздуха):

а) құрғақ ауа температурасы (температура сухого воздуха) _____ С°, ылғал ауаның (влажного) температурасы _____ С°

б) салыстырмалы ылғалдылық (относительная влажность) %:

в) қысым мм. сын. бағ. (давление мм. рт. ст.):

10. Өлшеу жүргізілген күні (Дата проведения замера)

Өлшеулер нәтижелері (Результаты замеров)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Эскиз бойынша нүктелердің № (№ точек по эскизу)	Өлшеу орны (Место измерений)	Ауырлық бойынша жұмыс санаты (Категория работ по тяжести)	Тәуліктің өлшеу жүргізілген уақыты (Время суток проведения измерений)	Ауа температурасы °С Температура воздуха °С		Ауаның салыстырмалы ылғалдылығы %-бен Относительная влажность воздуха в %	
					Өлшенген (Измеренная)	Нормалар бойынша оңтайлы/рұқсат етілген (Оптимальная/допустимая по нормам)	Өлшенген (Измеренная)	Нормалар бойынша оңтайлы/рұқсат етілген (Оптимальная/допустимая по нормам)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ауаның қозғалыс жылдамдығы м/с артық емес (Скорость движения воздуха не более м/с)			Ауаның шығыны, м³/сағ (Расход воздуха, м³/час)			Ауа алмасуының жиілігі (Кратность воздухообмена)		Ескертпе Примечание
				Рұқсат етілген				

Өл- шен- ген Изме- ренная	Нормалар бойынша оңтайлы /рұқсат етілген оптимальная/допустимая по нормам	Өлшенген Из- меренная	(жоба бойынша) Допусти- мое (по проекту)	Есептелген Рас- считанная	Рұқсат етілген Допу- стимая	
10	11	12	13	14	15	16

Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _____

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
80-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
80-қосымша

Приложение 80
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 080/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 080/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Орталықтандырылған және орталықтандырылмаған сумен жабдықтаудың
ауыз су үлгілерін зерттеу
хаттамасы
Протокол исследования образцов питьевой воды централизованного и
нецентрализованного
водоснабжения**

№ _____ « _____ » _____ 20 _____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгінің атауы (Наименование образца)

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

4. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)

5. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)

6. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)

7. Көлемі (Объем)

8. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)

9. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность))

10. Үлгі алу әдісіне арналған НҚ (НД на метод отбора)

11. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

12. Сақтау шарттары (Условия хранения)

13. Су үлгілерін консервациялау әдістері (Методы консервации образца воды)

Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	Анықталған концентрация	Нормативтік көрсеткіштер	Зерттеу әдісіне НҚ (НД на метод исследования)
---	----------------------------	-----------------------------	--

	Обнаруженная концентрация	Нормативные показатели	
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/л (по стандартной шкале)			
pH			
Еркін қалдық хлор (Остаточный свободный хлор) мг/дм ³			
Байланыстағы қалдық хлор (Остаточный связанный хлор) мг/л			
Қалдық озон (Остаточный озон) мг/л			
Перманганат тотығы (Окисляемость перманганатная) мг/л			
Аммиак азоты (Азот аммиака) мг/л			
Нитриттер азоты (Азот нитритов) мг/л			
Нитраттар азоты (Азот нитратов) мг/л			
Жалпы кермектік (Общая жесткость) мг-экв/л			
Құрғақ қалдық (Сухой остаток) мг/л			
Хлоридтер (Хлориды) мг/л			
Сульфаттар (Сульфаты) мг/л			
Темір (Железо) мг/л			
Мыс (Медь) мг/л			
Кадмий мг/л			
Мырыш (Цинк) мг/л			
Қорғасын (Свинец) мг/л			
Күшән (Мышьяк) мг/л			
Ртуть (Сынап) мг/л			
Фтор мг/л			
Молибден мг/л			
Бериллий (Be 2+) мг/л			
Қалдық алюминий мг/л (Остаточный алюминий)			
Марганец мг/л			
Полифосфаттар (Полифосфаты) мг/л			
Бор (В) мг/л			
Селен (Se) мг/л			
Хром (Cr 6+) мг/л			
Хром (Cr 3+) мг/л			
Никель (Ni) мг/л			
Мұнай өнімдері/Нефтепродукты, мг/л			
Полиакриламид мг/л			
Жергілікті жағдайларға тән ерекше заттар (Специфические вещества, характерные для местных условий) мг/л			

Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП)_____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
81-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
81-қосымша

Приложение 81
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 081 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 081/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Жер үсті су объектілерінің және сарқынды су үлгілерін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования образцов поверхностных водных объектов и
сточных вод

№ _____ « _____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгінің атауы (Наименование образца)

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

4. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)

5. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)

6. Көлемі (Объем)

7. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)

8. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность))

9. Үлгіні алу әдісіне арналған (НД на метод отбора)

10. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

11. Сақтау шарттары (Условия хранения)

Көрсеткіштердің атауы (Наименование показателей)		Анықталған концен- трация (Обнаруженная кон- центрация)	Нормативтік көр- сеткіштер (Нормативные по- казатели)	Зерттеу әдістеріне арналған НҚ (НД на методы ис- следования)
Иісі (Запах)	Қарқындылығы, баллмен (Интенсивность в баллах)			
	Сипаты (суреттеледі) (Характер (описать))			
	Жоғалу шегі (араласқандағы) (Порог исчезновения (в разведении))			
Түстілігі, градуспен				

(Цветность в градусах)				
Түсі (суреттеу)				
(Цвет (описать))				
Түсінің жоғалу шегі (араласқандағы)				
(Порог исчезновения цвета (в разведении))				
Лай, тұнба (суреттеу)				
(Муть, осадок (описать))				
Мөлдірлігі				
(Прозрачность)				
Қалқып жүрген қоспалар, қабыршақ				
(Плавающие примеси, пленка) мг/дм ³				
Қалқымалы заттар (Взвешанные вещества) мг/дм ³				
рН				
Ерітілген оттегі (Растворенный кислород) мгО ₂ /л				
ОБТ (БПК) - 5 мгО ₂ /дм ³				
ОБТ(БПК) - 20 мгО ₂ /дм ³				
Тотығуы перманганаттық (Окисляемость перманганат-ная) мг/ л				
ОХТ (ХПК) мгО ₂ /л				
Жалпы кермектігі (Жесткость общая) моль/л				
Жалпы минералдау (Құрғақ қалдық) Общая минерализация(Сухой остаток) мг/л				
Кальций мг/л				
Магний мг/л				
Жалпы темір (Железо общее) мг/л				
Хлоридтер (Хлориды) мг/л				
Сульфаттар (Сульфаты) мг/л				
Азот	Аммиактың (Аммиака) мг/л			
	Нитриттердің (Нитритов) мг/л			
	Нитраттардың (Нитратов) мг/л			
Фтор мг/л				
Мұнай өнімдері (Нефтепродукты) мг/л				
Фенолдар (Фенолы) мг/л				
Цианидтер (Цианиды) мг/л				
Мыс (Медь) мг/л				
Қорғасын (Свинец) мг/л				
Мырыш (Цинк) мг/л				
Үш валентті хром (Хром трехвалентный) Cr 3+				
Алты валентті хром (Хром шестивалентный) Cr 6+				
Сынап (Ртуть) мг/л				
Кадмий мг/л				
Марганец мг/л				
ББЗ (ПАВ) мг/л				

Табиғи уран (Уран естественный)			
Табиғи торий (Торий естественный)			
Радий 226			
Қорғасын (Свинец) 210			
Стронций 90			
Цезий 137			
Басқа заттар (Другие вещества)			

Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _____

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
82-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
82-қосымша

Приложение 82
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 082 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 082/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Буынаяқтыларды энтомологиялық зерттеу хаттамасы
Протокол энтомологического исследования членистоногих

№ ____ « ____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Өтініш білдірген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обратившегося лица)

2. Жасы (Возраст) _____ Мекенжайы (Адрес)

3. ЖСН (ИИН) _____

4. Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымының атауы (Место работы, учебы,
наименование детской организации)

5. Болжамды анықталған орын (Предполагаемое место обнаружения)

6. Буынаяқтының түрлік тиесілігі, жынысы (Видовая принадлежность
членистоного, пол) _____

7. Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)

8. Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб
проводились на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.
И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего
исследование) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-
сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты
исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная
перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
83-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
83-қосымша

Приложение 83
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 083/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 083/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

Шайындыларды паразитологиялық зерттеу хаттамасы
Протокол паразитологического исследования смывов

№ _____ « _____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Үлгіні алу мақсаты (Цель исследования образца)

4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)

5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)

6. Көлемі (Объем)

7. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)

8. Алу әдісіне арналған НҚ (НД на метод отбора)

9. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Сынамалар нөмірі (Номер проб)	Үлгіні алу орны және нүктелері (Место и точки отбора)	Нәтиже (Результат)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	Ескертпе (Примечание)
1	2	3	4	5

Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)
(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
84-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
84-қосымша

Приложение 84
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 084/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 084/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Перианалдық қатпардан алынған қырындыны зерттеу нәтижесі
Результат исследования соскоба с перианальных складок

№ _____ «__» _____ 20 ____ ж.(г.)

1. Шаруашылық жүргізуші субъектінің, ұйымның атауы, мекенжайы
(Наименование хозяйствующего субъекта, организации, адрес)

2. Сынама алу орны (Место взятия пробы)

3. Алу уақыты (Время отбора) _____ жеткізілу уақыты (доставки)

4. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)

5. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Т.А.Ә (ол болған жағдайда) (Ф.И.О (при его нали- чии))	Туған жы- лы (Год рож- дения)	Зерттеу нәтижесі (Результат исследо- вания)	Сынақ әдісіне арналған НК (НД на ме- тод испытаний)	Ескертпе (Приме- чание)
1	2	3	4	5	6

Үлгінің НК-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді / (Исследование проб
проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.
И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего
исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-
сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)
(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты
исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная
перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
85-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
85-қосымша

Приложение 85
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 085/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 085/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Нәжісті, перианалдық қатпардан алынған қырындыларды
паразитологиялық зерттеу нәтижесі**
**Результат паразитологического исследования фекалий, соскобов с
перианальных складок**

№ _____ «__» _____ 20____ ж. (г.)

1. Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)

2. Жасы (Возраст)_____ Мекенжайы (Адрес)

3. Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымының атауы (Место работы, учебы, наименование детской организации)

4. Алғашқы, қайталап, бақылау үшін зерттеу (Исследование первичное, повторное, контрольное)

5. Зерттеу кезінде анықталды: (при исследовании обнаружены):

гельминт жұмыртқалары (яйца гельминтов)

қарапайымдылар, вегетативті цисталар (Простейшие, вегетативные цисты)

6. Сынаманы зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД)

7. Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)
(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
86-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
86-қосымша

Приложение 86
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 086/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 086/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №__

Қанды безгекке зерттеу нәтижесі
Результат исследования крови на малярию

№__ «__» _____ 20__ ж. (г.)

1. Қан препараттарын паразитологиялық зерттеу (паразитологическое исследование препаратов крови): оның ішінде (в том числе) «жұқа жағындылар»

(«тонких мазков») «қалың тамшылар» («толстых капель»)

2. Тексерілетін адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) обследуемого)

3. Жасы (Возраст) _____ Тұрғылықты мекенжайы (Адрес места жительства)

4. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

5. Безгек ауруының қоздырғыштары анықталды (Обнаружены возбудители малярии) _____ паразиттің қысқартылған туыстастық және толық түр атауын көрсетіңіз (мысалы: P.vivax) (указать сокращенное родовое и полное видовое название паразита (н-р: P.vivax))

6. Паразитемияның қарқындылығы (Интенсивность паразитемии)

7. Көлемі (Объем)

8. Зерттеу әдістемесінің НҚ-ы (НД на метод испытаний)

9. Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) (QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған
(Частичная
перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
87-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
87-қосымша

Приложение 87
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 087/е нысаны медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 087/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Паразиттік ауруларды серологиялық зерттеулер нәтижесі
Результат серологических исследований на паразитарные заболевания

№ _____ «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), обследуемого)

2. Туған жылы (год рождения)

3. Диагнозы (Диагноз)

қанның, нәжістің, тағы басқалардың үлгілерін зерттеу кезінде (При исследовании образцов крови, фекалий и других на)

және (и)

4. Ауыру күні (день болезни в) _____ анықталды (обнаружено)

5. Реакцияның түрі (вид реакции)

6. Антиденелер (антитела)

7. Антигендер (антигены)

8. Зерттеу нәтижелері (Результат исследования)

9. Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры (НД на метод испытаний)

10. Сынаманы зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)
(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Зерттеу нәтижелері тек сыналатын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
88-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
88-қосымша

Приложение 88
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 088/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 088/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Санитариялық-паразитологиялық зерттеу хаттамасы
Протокол санитарно-паразитологического исследования

№ _____ «_____» _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Өтініш иесі (Заявитель)

2. Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)

3. Үлгінің атауы мен саны (Наименование и число образцов)

4. Ыдыс, қаптама, таңбалау (тара, упаковка, маркировка)

5. Дайындалған күні (Дата изготовления)

6. Жарамдылық мерзімі (Срок годности)

7. Көлемі (Объем) _____

8. Үлгі алу орны, ұсынушы (Место отбора образца, предъявитель)

9. Үлгінің келіп түскен күні және уақыты (Дата и время поступления образца)

«____» _____ 20____ ж. (г.)

10. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)

11. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)

12. Нәтижелер берілген күн (Дата выдачи результатов) «____» _____
20____ ж (г)

13. Нормативтік құжаттамаға сәйкестігіне (На соответствие нормативной документации)

14. Сынаманы зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводилось на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)
(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
89-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
89-қосымша

Приложение 89
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 089 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 089/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Топырақ үлгілерін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования образцов почвы

№ _____ «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)

4. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца)

5. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)

6. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)

7. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)

8. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность))

9. Үлгі алу әдісіне НҚ (НД на метод отбора)

10. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

11. Сақтау шарттары (Условия хранения)

Сынама атауы (Наименование пробы)	Көрсеткіштердің атауы (Наименование показателей)	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	НҚ бойынша норма (Норма по НД)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытания)	Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)
1	2	3	4	5	6

Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді /

(Исследование проб проводилось на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
90-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
90-қосымша

Приложение 90
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 090/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 090/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Дайын тағамдардың, рациондардың құнарлығын зерттеу хаттамасы
Протокол исследования готовых блюд, рационов на калорийность

№ _____ «__» _____ 20____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Тағамның, жартылай фабрикаттың атауы (Наименование блюда, полуфабриката)

3. Алынған орын (Место отбора)

4. Өндіруші (Изготовитель)

5. Өнімге арналған НҚ (НД на продукцию)

6. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)

7. Жарамдылық мерзімі (Срок годности)

8. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)

9. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

10. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____

11. Сынақ жүргізу шарттары (Условия проведения испытаний): температура _____, ылғалдығы (влажность) _____

12. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Тіркеу нөмірі (Регистраци- онный номер)	Тағамдар- дың атауы (Наимено- вание блюд)	Зерттеу әді- сіне НҚ (НД на ме- тод испыта- ний)	Порцияның сал- мағы граммен (Вес порции в граммах)		Салмағы граммен (г) (Вес в граммах (г))				
			Рецепт бойын- ша (По ре- цепту- ре)	Іс жү- зінде (Фак- тиче- ски)	Іс жүзіндегі тығыз бөлігі (Плотной ча- сти фактиче- ски)	Гарнирдің гарнира		Еттің, балықтың мяса, рыбы	
						Рецепт бойын- ша	Іс жү- зінде (Фак- тиче- ски)	Рецепт бойын- ша	Іс жү- зінде (Фак- тиче- ски)

						(По рецепту-ре)		(По рецепту-ре)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Өлшем бірлігімен химиялық құрамы, - г (Химический состав в единицах измерения – г)									
Құрғақ заттар Сухие вещества			Ақуыздар-көмірсулар белки-углеводы						
Рецепт бойынша (По рецептуре)	Ең төменгі рұқсат етілетін (Минимально допустимые)	Іс жүзінде (Фактически)	Рецепт бойынша (По рецептуре)	Ең төменгі рұқсат етілетін (Минимально допустимые)	Іс жүзінде (Фактически)				
11	12	13	14	15	16				

Химиялық құрамы, өлшем бірлігі г Химический состав в единицах измерения г								
Ақуыздар Белки			Майлар Жиры			Көмірсулар Углеводы		
Ре- цепт бой- ынша (По рецеп- туре)	Ең төменгі рұқсат етіле- тін (Минималь- нодопусти- мые)	Іс жү- зінде (Фак- тиче- ски)	Ре- цепт бой- ынша (По ре- цеп- туре)	Ең төменгі рұқсат етілетін (Минимально допустимые)	Іс жү- зінде (Фак- тиче- ски)	Ре- цепт бой- ынша (По рецеп- туре)	Ең төменгі рұқсат етілетін (Минимально допустимые)	Іс жү- зінде (Фак- тиче- ски)
17	18	19	20	21	22	23	24	25

Құнарлылығы Калорийность			Ауытқуы Отклонение					«С» дәруменінің болуы (мг %) (Содержание вит. «С»(мг%))
Теория жүзінде (Теорети- ческая)	Ең төменгі рұқ- сат етілетін (Минимально до- пустимые)	Іс жүзінде (Фактически)	Ақуы- здар (Бел- ки)	Май- лар (Жи- ры)	Көмір- сулар (Угле- воды)	Құнар- лылығы (Кало- рий- ность)	Ақуыздар+ Көмірсулар (Белки+ Углеводы)	
26	27	28	29	30	31	32	33	34

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
91-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
91-қосымша

Приложение 91
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « _____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 091 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 091/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

Қоректік орталардың сапасын зерттеу хаттамасы

Протокол исследования качества питательных сред

№ « _____ » _____ 20 _____ ж.(г.)

1. Шарт бойынша келіп түскен үлгілер (Образцы, поступившие по договору):

2. Үлгіні жіберген мекеменің атауы, мекенжайы (Наименование учреждения, направившего образец, адрес):

3. Атауы (наименование):

4. Мөлшері (количество):

5. Зерттеудің басталу күні (дата начала исследования):

6. Зерттеудің аяқталу күні (дата окончания исследования):

7. Сынақ түрі (Вид испытаний):

Орта (Среды)	Ерекше белсенділік (Специфическая активность)	Тест- штамм (коллек- ция) (Тест- штамм) (коллек- ция)	Сұйылту (Разведение)	Инкубация және уақыт (Инкубация и время)	Өсу нәтижесі (Результаты роста)
1	2	3	4	5	6

Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проводилось на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)
(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
92-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
92-қосымша

Приложение 92
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 092/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 092/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Ауада радонның және оның ыдырауынан пайда болған өнімдердің болуын
өлшеу**

**(топырақ бетінен алынған радонның ағымдық тығыздығын өлшеу)
хаттамасы**

**Протокол измерений содержания радона и продуктов его распада в воздухе
(измерение плотности потока радона с поверхности грунта)**

№ _____ « _____ » _____ 20__ ж.(г.)

1.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 куәліктің күні мен нөмірі (Сведения о поверке дата
и номер свидетельства)

7. Зерттеудің басталған күні (Дата начала испытаний)

8. Зерттеудің аяқталған күні (Дата окончания испытаний)

9. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения
испытаний (температура, влажность))

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Өлшеу жүргізілген орны (Место проведения измерений)	Радонның өлшенген, тепе-тең, эквивалентті, көлемді белсенділігі Бк/м3 (Измеренная, равновесная, эквивалентная, объемная активность радона Бк/м3) Топырақ бетінен алынған радон ағынының өлшенген тығыздығы (мБк/ш.м.сек) (Измеренная плотность потока радона с поверхности грунта (мБк/м2·сек))	Рұқсат етілетін шоғырлану Бк/м3 (Допустимая концентрация Бк/м3) Ағынның шекті тығыздығы (мБк/м2·сек)
--	--	--	---

			(Допустимая плот- ность потока (мБк /м2·сек)
1	2	3	4

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)
(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
93-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
93-қосымша

Приложение 93
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 093/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 093/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Өнеркәсіп кәсіпорындарындағы өлшеулер хаттамасы
Протокол измерений промышленных предприятий

№ _____ «__» _____ 20__ ж.(г.)

1.Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Өлшеулер жүргізілген орын, бөлім, цех, квартал (Место проведения замеров, отдел, цех, квартал)

3. Өлшеу мақсаты (Цель измерения)

4. Өлшеулер тексерілетін объекті өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого объекта)

5. Өлшеулер құралдары (Средства измерений)

атауы, түрі, инвентарлық нөмірі (наименование, тип, инвентарный номер)

6. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке)

Куәліктің күні мен нөмірі (дата и номер свидетельства)

7. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Өлшеу жүргізілген орын (Место проведения измерений)	Дозаның өлшенген қуаты (мкЗв/час, н/сек) (Измеренная мощность дозы (мкЗв/час, н/сек))		Альфа-бөлшектер ағынының тығыздығы, Бк/см ² (б/см ² x мин) (Плотность потока альфа-частиц, Бк/см ² (част/см ² x мин))		Бета-бөлшектер ағынының тығыздығы, Бк/см ² (б/см ² x мин) (Плотность потока бета-частиц, Бк/см ² (част/см ² x мин))	
		Өлшеу нәтижелері (Результаты)	Дозаның рұқсат етілетін қуаты (мкЗв/час, н/сек) (Допустимая мощность дозы (мкЗв/час, н/сек))	Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)	Рұқсат етілетін деңгейлер (Допустимые уровни)	Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)	Рұқсат етілетін деңгейлер

		таты изме- ре- ний)					(Допу- сти- мые уров- ни)
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Ауадағы радонның өлшенген, тепе-тең, эквивалентті, көлемді белсенділігі Бк/м ³ (Измеренная, равновесная, эквивалентная, объемная активность радона в возду- хе Бк/м ³)		Топырақ бетінен алынған радон ағынының өл- шенген тығыздығы (мБк/ш.м.сек) (Измеренная плотность потока радона с поверхности грунта (мБк/м ² сек)	
Өлшем саны (Количество измерений)	Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)	Өлшем саны (Количество измере- ний)	Өлшеу нәтижелері (Результаты измере- ний)
9	10	11	12

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
94-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
94-қосымша

Приложение 94
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 094/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 094/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Шаң үлгілерін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования образцов пыли

№ _____

«__» _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____
3. Үлгіні жіберген мекемелердің атауы (Наименование учреждений, направивший образец) _____
4. Мөлшері (Количество) _____
5. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____
6. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
7. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
8. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
9. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____
10. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____
11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____
12. Үлгіні зерттеу НҚ-ғасәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводилось на соответствие НД)

Зерттеу нәтижелері

(Результаты исследования)Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгінің нөмірі (Номер образца)	Үлгіні зерттеу НҚ сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводилось на соответствие НД)	Нақты көрсеткіші (Фактический показатель)	Сынақ әдістеріне НҚ (НД на метод испытаний)
1	2	3	4	5

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)
(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
95-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
95-қосымша

Приложение 95
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 095/с нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 095/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20____ года № _____

№ _____ әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттама

Протокол об административном правонарушении № _____

20 _____ жыл (года) «__» _____ уақыт сағат минут (время часов минут)
толтыру орны
(место составления)

Хаттаманы жасаған адамның лауазымы, тегі және аты-жөні (должность,
фамилия и инициалы лица, составившего
протокол _____

Өзіне қатысты іс қозғалған тұлға туралы мәліметтер (Сведения о лице, в отношении которого возбуждено дело):

Жеке тұлғалар үшін (для физических лиц)

Әкімшілік құқық бұзушылық жасаған тұлғаның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) лица, совершившего административное правонарушение)

Туған жылы, айы, күні (Дата рождения) « ____ » _____ г.

Тұрғылықты жері (Место жительства):

Жеке басын куәландыратын құжаттың атауы мен деректемелері, (төлқұжат, жеке басын куәландыратын куәлік, тұрғылықты жері, азаматтығы жоқ тұлғаларды куәландыру, туу туралы куәлік, жеке кәсіпкерлік куәлігі) (Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорт, удостоверение личности, вид на жительство, удостоверение лица без гражданства, свидетельство о рождении, свидетельство индивидуального предпринимателя)

№ _____ берілген күні (дата выдачи) « ____ » _____ ж.(г.)
_____ кім берді (кем выдан))

сәйкестендіру нөмірі (Идентификационный номер)

Жұмыс орны (оқу орны) лауазымы (Место работы (учебы)),
должность _____

Телефонның, факстың, ұялы байланыстың абоненттік нөмірі және (немесе) электрондық мекенжайы (бар болса) (Абонентский номер телефона, факса, сотовой связи и (или) электронный адрес (если они имеются))

Басқа да белгілер (Прочие отметки)

Занды тұлғалар үшін (для юридических лиц)

Занды тұлғаның атауы (Наименование юридического лица)

Орналасқан жері (Место нахождения)

Занды мекенжайы (Юридический адрес)

Занды тұлғаның мемлекеттік тіркеу (қайта тіркеу) нөмірі және күні (номер и дата государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица)

Ұйымдық-құқықтық нысан (Организационно-правовая форма)

Сәйкестендіру нөмірі (идентификационный номер)

Банктік деректемелер (Банковские реквизиты)

Телефонның, факстың, ұялы байланыстың абоненттік нөмірі және (немесе) электрондық мекенжайы (бар болса) (абонентский номер телефона, факса, сотовой связи и (или) электронный адрес (если они имеются))

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс қозғау үшін себептер мен негіз ӘҚБтК-ның 802-бабына сәйкес (Поводы и основание для возбуждения дела об административном правонарушении, в соответствии со статьей 802 КоАП):

(Құқық бұзушылықтың мән-жайы) әкімшілік құқық бұзушылық жасалған жері, уақыты және мәні (Фабула правонарушения) место, время совершения и существо административного правонарушения)

санитариялық-эпидемиологиялық қағидалар немесе гигиеналық
нормативтердің немесе басқа да нормативтік құқықтық актілер талаптарының
бұзылуы болып есептеледі (что является нарушением требований санитарно-
эпидемиологических правил и норм либо гигиенических нормативов, либо иных
нормативных правовых актов)

ӘҚБтК-нің 2-бөлімінің Ерекше бөлігінің осы құқық бұзушылық үшін әкімшілік
жауаптылық көзделетін бабы (статья Особенной части раздела 2 КоАП,
предусматривающая административную ответственность за данное
правонарушение)_____

Егер куәлар және жәбірленушілер болса, олардың тегі, аты, әкесінің аты (ол
болған жағдайда), мекенжайлары (Фамилии, имена, отчества (при их наличии),
адреса свидетелей и потерпевших, если они имеются)

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласында бұрын
әкімшілік жауапкершілікке тартылуы (привлекался ли ранее к административной
ответственности в области санитарно-эпидемиологического благополучия
населения

_____иә/жоқ,
ӘҚБтК-ның бабын, жауапкершілікке тарту күнін көрсету (да/нет, указать статью
КоАП, дата привлечения)

Өзіне қатысты іс қозғалған жеке тұлғаның не заңды тұлға өкілінің түсініктемесі
(Объяснение физического лица либо представителя юридического лица, в
отношении которого возбуждено дело/отказ от дачи объяснения)

Іс жүргізудің тілі (Язык производства)

ӘҚБтК 744, 810, 811-баптарында көзделген істі қозғау бойынша тұлғаның, сондай-ақ басқа қатысушылардың құқықтары мен міндеттерін түсіндіру туралы белгі (Отметка о разъяснении прав и обязанностей лицу, в отношении которого возбуждено дело, а также другим участникам производства по делу, предусмотренных статьями 744, 810, 811 КоАП)

Прокурор инвесторлар тізіліміне енгізген инвесторларға қатысты әкімшілік құқық бұзушылық туралы істі қозғау туралы шешімді келісу/бас тарту туралы белгі (Отметка о согласовании/отказе решения о возбуждении дела об административном правонарушении в отношении инвесторов, включенных в реестр инвесторов прокурором)

ӘҚБтК-ның 785-бабына сәйкес өндірісті қамтамасыз ету шараларын қолдану туралы белгі (Отметка о применении меры обеспечения производства в соответствии со статьей 785 КоАП):

Аудармашының, қорғаушының көмегін қажет ету немесе бас тарту белгісі (отметка о необходимости помощи переводчика, защитника или об отказе от такой помощи):

Істі шешу үшін қажетті өзге де мәліметтер, оның ішінде әкімшілік құқық бұзушылық туралы істің қаралатын уақыты мен орны көрсетіледі, сондай-ақ әкімшілік құқық бұзушылық жасау фактісін растайтын құжаттар қоса беріледі (Иные сведения, необходимые для разрешения дела, в том числе время и место рассмотрения дела об административном правонарушении, а также прилагаются документы, подтверждающие факт совершения административного правонарушения)

Іс қатысушыларын хаттамамен таныстыру (Ознакомление участников дела с протоколом):

Қорғаушы (Защитник) _____ Аудармашы (Переводчик)

қолы (подпись)

қолы (подпись)

хаттаманың мазмұнымен таныстым / танысудан бас тарттым (с содержанием протокола (ознакомился /отказался ознакомиться))

хаттаманың көшірмесін (алдым / бас тарттым)(копию протокола (получил /отказался):

табыстау күні (дата вручения):

Мен көрсеткен байланыс деректері арқылы жіберілген хабарлама (мәлімдеме) тиісті және жеткілікті деп есептеледі (уведомление (извещение), отправленное по указанным мною контактными данными, считается надлежащим и достаточным)

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись)

Хаттаманы жіберу туралы белгі (Отметка о высылке протокола)

күні, айы, жылы, түбіртек нөмірі (число, месяц, год, № квитанции)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
96-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
96-қосымша

Приложение 96
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " ____ " _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 096/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салама- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или органи- зации в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 096/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20____ года №____

Құқықтарды түсіндіру хаттамасы Протокол разъяснения прав

20____ ж.(г.) _____ қаласы (ауылы)

Мен (Я),

«Әкімшілік құқық бұзушылық туралы» Қазақстан Республикасының Кодексінің
(бұдан әрі – ӘҚБтК) 744 және 810- 811-баптарымен таныстырдым/ознакомила со

статьями 744, 810 и 811 Кодекса Республики Казахстан «Об административных правонарушениях» (далее - КоАП)

ӘҚБТК -ның 744-бабы. Өзіне қатысты әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша іс жүргізіліп жатқан тұлға

Өзіне қатысты әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша іс жүргізіліп жатқан тұлға хаттамамен және істің басқа да материалдарымен танысуға, түсініктемелер беруге, хаттаманың мазмұны мен ресімделуі жөнінде ескертулер жасауға, дәлелдемелер ұсынуға, өтінішхаттар, оның ішінде істі кешіктірмей қарау және әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қаулыны тез арада заңды күшіне енгізу туралы өтінішхаттар мен қарсылықтарды мәлімдеуге, қорғаушының заң көмегін пайдалануға, істі қарау кезінде ана тілінде немесе өзі білетін тілде сөйлеуге және егер іс жүргізіліп отырған тілді білмесе, аудармашы көрсеткен қызметтерді өтеусіз пайдалануға; іс бойынша іс жүргізуді қамтамасыз ету шараларының қолданылуы бойынша, нақты деректерге және мән-жайларға сәйкес келмейтін мәліметтер көрсетілген жағдайда, әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттаманы жасау кезінде заңның бұзылуына, ескерту немесе айыппұл төлеу қажеттігі туралы нұсқамаға және іс бойынша қаулыға шағыммен жүгінуге; істегі құжаттардан үзінді көшірме жасауға және олардың көшірмелерін түсіріп алуға, сондай-ақ өзіне осы ӘҚБТК-те берілген өзге де процестік құқықтарды пайдалануға құқылы.

Статья 744 КоАП. Лицо, в отношении которого ведется производство по делу об административном правонарушении

Лицо, в отношении которого ведется производство по делу об административном правонарушении, вправе знакомиться с протоколом и другими материалами дела, давать объяснения, делать замечания по содержанию и оформлению протокола, представлять доказательства, заявлять ходатайства, в том числе о незамедлительном рассмотрении дела и немедленном вступлении постановления по делу об административном правонарушении в законную силу, и отводы, пользоваться юридической помощью защитника, при рассмотрении дела выступать на родном языке или языке, которым владеет, и безвозмездно пользоваться услугами переводчика, если не владеет языком, на котором ведется производство; обратиться с жалобой по применению мер обеспечения производства по делу, на нарушение закона при составлении протокола об

административном правонарушении в случае указания сведений, не соответствующих фактическим данным и обстоятельствам, на предписание о предупреждении или необходимости уплаты штрафа и постановление по делу; делать выписки и снимать копии с имеющихся в деле документов, а также пользоваться иными процессуальными правами, предоставленными ему настоящим КоАП.

ӘҚБтК-ның 810-бабы. Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қысқартылған іс жүргізудің негіздері

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы істер бойынша, оның ішінде 44-баптың бірінші бөлігінің бірінші абзацына сәйкес айыппұл түрінде әкімшілік жаза көзделген соттың ведомстволық бағыныстылығына жатқызылған, сондай-ақ оның жасалу фактісін мойындайтын және айыппұлды осы Кодекстің Ерекше бөлімінің бабындағы санкцияда көрсетілгеннен елу пайызы мөлшерінде төлеуге келіскен және ұсынылған дәлелдемелерге шағым жасамайтын, оны жасаған адам анықталған істер бойынша қысқартылған іс жүргізу жүзеге асырылады.

Статья 810 КоАП. Основания сокращенного производства по делу об административном правонарушении

Сокращенное производство осуществляется по делам об административных правонарушениях, в том числе по делам, отнесенным к подведомственности суда, за которое предусмотрено административное взыскание в виде штрафа согласно абзацу первому части первой статьи 44, а также установлено совершившее его лицо, которое признает факт его совершения и согласно с уплатой штрафа в размере пятидесяти процентов от указанной в санкции статьи Особенной части настоящего Кодекса и не обжалует представленные доказательства.

ӘҚБК-ның 811-бабы. Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қысқартылған іс жүргізу тәртібі

1. Әкімшілік құқық бұзушылық анықталған және оны жасаған тұлға белгілі болған кезде осы ӘҚБтК-нің 804 немесе 805-баптарында аталған уәкілетті адам әкімшілік іс жүргізуді қозғайды, тұлғаға айыппұлды осы Кодекстің Ерекше бөлігі бабының санкциясында көрсетілген айыппұл сомасының елу пайызы мөлшерінде жеті тәулік ішінде төлеу құқығын түсіндіреді және қажет болған жағдайда белгіленген үлгідегі түбіртектегі табыс етеді.

Егер әкімшілік құқық бұзушылық осы Кодекстің 31-бабына сәйкес автоматты режимде анықталса немесе тіркелсе, адамның ескерту немесе белгіленген үлгідегі түбіртекпен бірге айыппұл төлеу қажеттігі туралы нұсқама тиісінше жеткізілген кезден бастап жеті тәулік ішінде көрсетілген айыппұл сомасының елу пайызы мөлшерінде айыппұл төлеуге құқығы бар.

2. Айыппұлды көрсетілген айыппұл сомасының елу пайызы мөлшерінде жеті тәулік ішінде төлеген жағдайда іс мәні бойынша қаралды, шешім заңды күшіне енді, ал адам әкімшілік жауаптылыққа тартылды деп есептеледі.

Осы Кодекстің 47-тарауында көзделген жағдайларды қоспағанда, осы тараудың қағидалары бойынша қаралған іс қайта қаралуға жатпайды.

3. Осы баптың бірінші бөлігінде көзделген құқық пайдаланылмаған немесе тиісінше пайдаланылмаған жағдайда әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша іс жүргізу жалпы тәртіппен жүзеге асырылады.

4. Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қысқартылған іс жүргізу тәртібі тиісінше қолданылмаған жағдайда, осы тараудың қағидалары бойынша қаралған істер қысқартылған іс жүргізуді қолдану туралы шешім қабылданған күннен бастап бір жыл ішінде прокурордың наразылығы бойынша жалпы тәртіппен қайта қаралуы мүмкін.

Статья 811 КоАП. Порядок сокращенного производства по делу об административном правонарушении

1. При обнаружении административного правонарушения и установлении совершившего его лица уполномоченное лицо, указанное в статьях 804 или 805 настоящего Кодекса, возбуждает административное производство, разъясняет лицу право оплаты штрафа в размере пятидесяти процентов от указанной в санкции статьи Особенной части настоящего Кодекса суммы штрафа в течение семи суток и при необходимости вручает квитанцию установленного образца.

Если административное правонарушение обнаружено или зафиксировано в автоматическом режиме в соответствии со статьей 31 настоящего Кодекса, лицо имеет право оплаты штрафа в размере пятидесяти процентов от указанной суммы штрафа в течение семи суток с момента надлежащего доставления предписания о предупреждении или необходимости уплаты штрафа с квитанцией установленного образца.

2. В случае оплаты штрафа в размере пятидесяти процентов от указанной суммы штрафа в течение семи суток дело считается рассмотренным по существу, решение – вступившим в законную силу, а лицо – привлеченным к административной ответственности.

Пересмотру не подлежат дела, рассмотренные по правилам настоящей главы, за исключением случаев, предусмотренных главой 47 настоящего Кодекса.

3. В случае неиспользования или ненадлежащего использования права, предусмотренного частью первой настоящей статьи, производство по делу об административном правонарушении осуществляется в общем порядке.

4. В случае ненадлежащего применения порядка сокращенного производства по делу об административном правонарушении дела, рассмотренные по правилам настоящей главы, могут быть пересмотрены по протесту прокурора в общем порядке в течение года со дня принятия решения о применении сокращенного производства.

Мәлімдемелер жасау, түсініктемелер мен айғақтар беру, өтінішхаттар мәлімдеуге, шағымдар жасау, іс материалдарымен танысу, оны қарау кезінде сөз сөйлеу (желаю давать объяснения и показания, заявлять ходатайства, приносить жалобы, знакомиться с материалами дела, выступать при его рассмотрении на) _____ тілінде беремін (языке).

Аудармашының көмегін (в услугах переводчика) _____

кажет етемін, кажет етпеймін (нуждаюсь, не нуждаюсь)

Қорғаушының көмегін (в юридической помощи защитника) _____

кажет етемін, кажет етпеймін (нуждаюсь, не нуждаюсь)

ӘҚБтК 744 және 810, 811-баптарына сәйкес құқықтар түсіндірілді (Согласно ст. 744 и 810, 811 КоАП
права мне разъяснены) _____ қолы (подпись)

Құқықтарды түсіндіру хаттамасын жарияладым (с протоколом разъяснения прав ознакомил(а)) _____

ТАӘ, лауазымы, қолы (ФИО, должность, подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
97-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
97-қосымша

Приложение 97
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 097/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 097/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20____ года № _____

**Адамдарды жұмыстан уақытша шеттету жөнінде жедел ден қою шараларын
қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің
№ _____ қаулысы**

**Постановление главного государственного санитарного врача о применении
меры оперативного реагирования о временном отстранении лиц от работы
№ _____**

" ____ " ____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт) ____

Бақылау және қадағалау органының атауы

(Наименование органа контроля и надзора)

Әкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері
немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач административно-территориальной
единицы (на транспорте) или его заместитель)

(керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған
жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Жедел ден қою шаралары мәніне жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге асыру
және (немесе) нәтижелерінің материалдарын карап (бар болса) (Рассмотрев
материалы осуществления и (или) результатов государственного контроля,
относящиеся к предмету меры оперативного реагирования (при наличии))

техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото -
және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама
нәтижелері және өзге де материалдар (записи технических средств контроля,
приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-
эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

Барысында және (немесе) нәтижелері бойынша анықтады (установил, что в ходе
и (или) по результатам)

бақылау нысаны (форма контроля)

лауазымды тұлға (должностным лицом)

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (должность, фамилия, имя, отчество
(при его наличии))

Мыналар анықталды (выявлено следующее):

бұзушылықтың (дың) анықталған күні (дата выявления нарушения (й))

жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-
эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер
талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных
правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения,
являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы

Кодексінің 38 бабы 1) тармағының 1) тармақшасының, 38 бабы 2) тармағының

4) тармақшасының негізінде ҚАУЛЫ ЕТТІ (На основании подпункта 1) пункта 1

статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан

"О здоровье народа и системе здравоохранения" ПОСТАНОВИЛ):

жұмыстан уақытша шеттету (временно отстранить от работы с) 20 ____ жылғы (года)

" ____ " ____ бастап, (до) 20 ____ жылғы (года) " ____ " ____ ға дейін

бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты
(ол болған жағдайда), толық атауы (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)),
полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)

Осы қаулының орындалуы үшін жауапкершілік мыналарға жүктеледі

(Ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на):

(бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты
(ол болған жағдайда), толық атауы) (должность, фамилия, имя, отчество (при его
наличии)), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)

Мемлекеттік бақылау мен қадағалауды жүргізген адамның (адамдардың) тегі, аты,
әкесінің аты (ол болған жағдайда) және лауазымы (Фамилия, имя, отчество (при его

наличии) и должность лица (лиц), проводившего государственный контроль и надзор):

Анықталған бұзушылықтарды жою жөніндегі нұсқаулар
(Указания по устранению выявленных нарушений):

Осы қаулының орындалуы туралы ақпарат ұсынылсын
(Информацию о выполнении настоящего постановления представить в)

(мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)
(представить к) "___" _____ жылы (года) ұсынылсын.
Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (қолма-
қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен,
электрондық мекенжайға) (Сведения о получении постановления о применении меры
оперативного реагирования (нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением
на адрес, на электронный адрес))

Бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің күні мен қолы
(Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его представителя)
Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел ден қою
шараларын қолдану туралы қаулы алудан бас тартты (Руководитель субъекта
контроля и надзора или его представитель отказался от получения постановления
о применении меры оперативного реагирования) _____

лауазымды адамның қолы және тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)
(подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)
Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам
(Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного
реагирования) _____

қолы және тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)
(подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии))
Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны бақылау және қадағалау субъектісі
(объектісі) қаулы алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс
(Постановление о применении меры оперативного реагирования подлежит
исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента
получения постановления).

Халықтың санитариялық-
эпидемиологиялық саламаттылығы
саласындағы мемлекеттік органның
басшысы

Мөр орны
Место печати

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)
Ф.И.О. (при его наличии)

Руководитель государственного органа в
сфере санитарно-эпидемиологического
благополучия населения

Қаулы _____ данада жасалды.

Постановление составлено в ____ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
98-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
98-қосымша

Приложение 98
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 098/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 098/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20____ года № _____

**Инфекциялық және паразиттік аурулармен ауыратын науқаспен тығыз
байланыста болған адамдарды жұмыстан (оқудан) уақытша шеттету туралы
№ _____ қаулы**
**Постановление о временном отстранении от работы (учебы) лиц состоявших
в близком контакте с инфекционным и паразитарным больным**
№ _____

20____ жылғы (года) "____" _____ (город) _____ қаласы

Мемлекеттік Бас санитариялық дәрігер (орынбасары)
(Главный государственный санитарный врач (заместитель)

(керегінің астын сызыңыз) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Т.А.Ә. (ол болған жағдайда))
(нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии), (Ф.И.О (при его наличии)))

ұсынылған мына материалдарды қарап (атап көрсетіңіз)
(рассмотрев представленные материалы (перечислить))

мыналарды анықтадым (установил)_____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылығы саласындағы
(указать характер нарушений требований законодательства Республики Казахстан

Қазақстан Республикасының заңнама талаптарын бұзу сипатын көрсетіңіз
в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы
Кодексінің 38-бабының 2-тармағының 3) тармақшасының негізінде
(На основании подпункта на подпункт 3 пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики
Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения")

ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (ПОСТАНОВИЛ):

(временно отстранить от работы с) 20 ____ жылғы (года) " ____ " _____
бастап, (до) 20 ____ жылғы (года) " ____ " _____ ға дейін

лауазымы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), шаруашылық субъектінің толық атауы
(должность, Ф.И.О. (при его наличии), полное наименование хозяйствующего объекта)

_____ уақытша жұмыстан босатылсын.

Осы қаулының орындалу жауапкершілігі (ответственность за выполнение
настоящего постановления возлагается на)_____

лауазымы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), (должность, Ф.И.О. (при его наличии))

жүктелсін.

Мөр орны

Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет ұйымының басшысы

Место печати

(Руководитель государственной организации санитарно-эпидемиологической службы)
(орынбасары (заместитель))

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись)

Қаулыны алдым (Постановление получил)_____

(атқаратын лауазымы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), алған күні, қолы)
(занимаемая должность, Ф.И.О. (при его наличии), дата получения, подпись)



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні	04.09.2026
Сақтау күні	15.09.2026
Дата редакции	04.09.2026
Дата скачивания	15.09.2026

Қаулы (Постановление составлено в) ____данада толтырылды (экземплярах).

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
99-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
99-қосымша

Приложение 99
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 099/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 099/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20____ года № _____

**Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру,
өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау жөніндегі қызметін немесе
оның жекелеген түрлерін (процестерін, іс-әрекеттерін) тоқтата тұру туралы
жедел ден қою шарасын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық
дәрігердің қаулысы**

**Постановление
главного государственного санитарного врача о применении меры**

**оперативного реагирования о приостановлении деятельности по
производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению
работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов
(процессов, действий)**

« ____ » _____ жыл (года) Елді мекен (населенный пункт) ____

Әкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық
дәрігері немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач
административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель)

(керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (ол
болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

ұсынылған материалдар мен мәліметтерді қарап (рассмотрев представленные
материалы и сведения):

қызметі тоқтатыла тұрған тұлға туралы мәліметтер: жеке кәсіпкер немесе заңды
тұлға (қажетінің астын сызу) (сведения о лице, чья деятельность
приостанавливается: индивидуального предпринимателя или юридического лица
(нужное подчеркнуть))

жеке кәсіпкердің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя,
отчество (при его наличии)) индивидуального предпринимателя)

мемлекеттік тіркеу куәлігінің № және берілген күні (№ и дата выдачи
свидетельства государственной регистрации)

Туған күні (Дата рождения)

Тұрғылықты жері (Место жительства)

жеке басын куәландыратын құжаттың атауы және деректемелері (наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность)

жеке сәйкестендіру нөмірі (индивидуальный идентификационный номер)

тұрғылықты жері бойынша тіркеу туралы мәліметтер (сведения о регистрации по месту жительства)

Жұмыс орны, атқаратын лауазымы, ұйымның мекенжайы (Место работы, занимаемая должность, адрес организации)

Заңды тұлға (Юридическое лицо)

басшының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), атауы, ұйымдық-құқықтық нысаны (фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя, наименование, организационно-правовая форма)

заңды тұлға ретінде мемлекеттік тіркеу нөмірі (номер государственной регистрации в качестве юридического лица)

Бизнес сәйкестендіру нөмірі және банк деректемелері (Бизнес идентификационный номер и банковские реквизиты)

Жедел ден қою шаралары нысанасына жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге асыру материалдары және (немесе) нәтижелері (бар болса) (материалы осуществления и (или) результатов государственного контроля, относящиеся к предмету меры оперативного реагирования (при наличии))

техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық

сараптама нәтижелері және өзге де материалдар (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы) мыналар (установил, что в ходе)

_____ барысында

бақылау нысаны (форма контроля)

лауазымды тұлға (должностным лицом) _____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

мыналарды анықтады (выявлено следующее): _____

бұзушылықтың(тардың) анықталған күні (дата выявления нарушения (й))

_____ жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабы 1-тармағының 1) тармақшасы, 38-бабы 2-тармағының 4) тармақшасы негізінде ҚАУЛЫ ЕТТІ (На основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения») ПОСТАНОВИЛ:

(ПРИОСТАНОВИТЬ с) 20 ____ жылғы (года) « ____ » _____ бастап (до) 20 ____ жылғы (года) « ____ » _____ дейін

_____ Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша тоқтатыла тұратын қызмет түрін немесе оның жекелеген түрлерін (процестер, іс-әрекеттерін) көрсету (указать вид приостанавливаемой деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действий))

ТОҚТАТЫЛА ТҰРСЫН.

Осы қаулының орындалуы үшін жауапкершілік мыналарға жүктеледі
(Ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на):

бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), толық атауы (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)

Анықталған бұзушылықтарды жою жөніндегі нұсқаулар (Указания по устранению выявленных нарушений): _____

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер
(Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования) _____

Күні және бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің қолы (Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его представителя)

Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алудан бас тартты (Руководитель субъекта контроля и надзора или его представитель отказался от получения постановления о применении меры оперативного реагирования)

лауазымды адамның қолы және тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)
(подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного реагирования) _____

қолы және тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) жедел ден қою шараларн қолдану туралы қаулыны алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс
(Постановление о применении меры оперативного реагирования подлежит

исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента получения постановления).

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық
саламаттылығы саласындағы мемлекеттік
органның басшысы

Мөр орны

Т.А.Ә. (ол болған
жағдайда)

Руководитель государственного органа
в сфере санитарно-эпидемиологического
благополучия населения

Место печати

Ф.И.О. (при его
наличии)

Қаулы ____ данада жасалды

Постановление составлено в ____ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
100-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
100-қосымша

Приложение 100
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 100/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 100/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____года № _____

**Санитариялық-эпидемияға қарсы (қорытынды дезинфекциялау) және
санитариялық-профилактикалық іс-шараларды жүргізу туралы
№ _____ қаулы**

**Постановление о проведении санитарно-противоэпидемических
(заключительных дезинфекционных) и санитарно-профилактических
мероприятий № _____**

20 ____ жылғы (года) « ____ » ____ қаласы (город)

Мен, Бас мемлекеттік санитариялық дәрігер (орынбасары) Я, Главный государственный
санитарный врач (заместитель) _____

мына құжаттарды қарап, (рассмотрев документы) _____

мынаны анықтадым (установил) _____

Мемлекеттік мекеме атауы /государственное учреждение):

Мамандығы /должность: _____

Негіздеме құжаты /на основании: _____

Анықталды /установлено: _____

Науқас туралы ақпарат / информация о больном:

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) / Ф.И.О. (при его наличии): _____

Туған жылы, айы, күні / дата рождения: _____

Үй мекенжайы/ домашний адрес: _____

Оқу/жұмыс орыны/ место учебы/работы: _____

Диагноз: _____

Ауруханаға жатқызылды/ госпитализирован: _____

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабының
2-тармағының 3) тармақшасы негізінде (На основании подпункта 3 пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики
Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения») ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (ПОСТАНОВЛЯЮ):

_____ мына іс-шаралар

орындалсын: (выполнить следующие мероприятия)

Осы қаулыны орындау туралы ақпарат (Информацию о выполнении
настоящего постановления представить в) _____

_____ (к) 20 ____ жылғы (года) « ____ »

_____ ұсынылсын.

Мөр орны Бас мемлекеттік санитариялық дәрігер (орынбасары) _____

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы)

Место печати Главный государственный санитарный врач (заместитель) _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)

Қаулыны алдым (Постановление получил) _____

атқаратын лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), алған күні, қолы
(занимаемая должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата получения,
подпись)

Қаулы ____ данада толтырылды (Постановление составлено в
_____ экземплярах).

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
101-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
101-қосымша

Приложение 101
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 101/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 101/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай
профилактикалық бақылау нәтижелері бойынша анықталған
бұзушылықтарды жою туралы ұсыным**
**Рекомендация об устранении нарушений, выявленных по результатам
профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля и
надзора**

20__ ЖЫЛҒЫ «__» _____ № _____ «__» _____ 20__ года
№ _____

(мемлекеттік органның атауы/наименование государственного органа)

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Кодексінің 44-бабы 4-тармағына сәйкес Сізді хабардар етеді (В соответствии с пунктом 4 статьи 44 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» уведомляет Вас)

(бақылау және қадағалау субъектісінің атауы, жеке сәйкестендіру нөмірі/бизнес-сәйкестендіру нөмірі/наименование, индивидуальный идентификационный номер /бизнес-идентификационный номер, субъекта (объекта) контроля и надзора)

Объектінің орналасқан жері (Место нахождение объекта):

(индексі, облыс, қала, мекенжайы/индекс, область, город, адрес) бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы профилактикалық бақылау нәтижелері бойынша (по результатам профилактического контроля в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения без посещения субъекта (объекта) контроля и надзора) мынадай бұзушылық (бұзушылықтар) анықталды (установлено (установлены) следующее (следующие) нарушение (нарушения)):

р/с №	Нормативтік құқықтық актілердің бұзылған баптарына, тармақтарына, тармақшаларына сілтеме жасай отырып, бұзушылық сипатының сипаттамасы	Бұзушылықтарды растайтын құжаттардың деректемелері мен атаулары
№п /п	(Описание характера нарушения, со ссылкой на статьи, пункты и подпункты нормативных правовых актов, положения которых нарушены)	(Реквизиты и наименования документов, подтверждающих нарушения)

(Бұзушылықтың әрбір фактісі жеке тармақпен белгіленеді және нормативтік құқықтық актілердің, ережелердің бұзылған бабына, тармағына және тармақшасына сілтеме жасала отырып, бұзушылық сипаты көрсетіле отырып рет-ретімен нөмірленеді. Бұзушылық сипаттамасында бұзушылықты растайтын құжаттардың атауы мен деректемелеріне сілтеме беріледі/Каждый факт нарушения фиксируется отдельным пунктом и нумеруется в сквозном порядке с

описанием характера нарушения со ссылкой на статьи, пункты и подпункты нормативных правовых актов, положения которых нарушены. В описании нарушения делается ссылка на реквизиты и наименования документов, подтверждающих нарушения)

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Кодексінің 44-бабы 4- тармағына сәйкес мынаны ұсынамын (В соответствии с пунктом 4 статьи 44 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» рекомендую):

1)

2)

Бақылау және қадағалау субъектісі ұсыныммен келіскен жағдайда ұсынымды тапсырған (алған) күннен кейінгі күннен бастап отыз жұмыс күні ішінде көрсетілген бұзушылықтар жойылады және ұсынымда көрсетілген мерзім өткен күннен бастап 3 (үш) жұмыс күні өткеннен кейін ұсынымды жіберген мемлекеттік органға орындау туралы ақпарат ұсынылады (В случае согласия с рекомендацией субъектом контроля и надзора в течение тридцати рабочих дней со дня, следующего за днем вручения (получения) рекомендации, устраняются указанные нарушения и по истечении 3 (трех) рабочих дней со дня истечения срока, указанного в рекомендации представляется информация об исполнении в государственный орган, направивший рекомендацию).

Бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы профилактикалық бақылау нәтижелері бойынша анықталған бұзушылықтарды жою туралы осы ұсынымда көрсетілген, анықталған бұзушылықтарды жою туралы ақпарат (растайтын құжаттардың көшірмелерін қоса бере отырып) төмендегі тәсілдердің бірімен

1) электрондық мекенжайға:

;

2) қолма-қол немесе мекенжайға хабарлай отырып пошта арқылы тапсырыс хатпен:

3) «цифрлық үкімет» веб-порталы арқылы электрондық тәсілмен ұсынылады

(Информация об устранении выявленных нарушений (с приложением копий подтверждающих документов), указанных в настоящих рекомендациях об устранении нарушений, выявленных по результатам профилактического контроля в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения без посещения субъекта (объекта) контроля и надзора представляется в _____ одним из следующих способов:

1) на электронный адрес:

_____;

2) нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением на адрес:

3) электронным способом посредством веб-портала «цифрового правительства»).

Ұсынымда көрсетілген бұзушылықтармен келіспеген жағдайда бақылау субъектісі ұсынымды жіберген мемлекеттік органға ұсыным тапсырылған күннен кейінгі күннен бастап 5 (бес) жұмыс күні ішінде қарсылық жіберуге құқылы. Қарсылыққа қарсылықтың дәлелдерін растайтын құжаттардың көшірмелері қоса беріледі (При несогласии с нарушениями, указанными в рекомендации, субъект контроля вправе направить в государственный орган, направивший рекомендацию, возражение в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня следующего за днем вручения рекомендации).

К возражению прилагаются копии документов, подтверждающие доводы возражения).

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Кодексінің 44-бабы-8-тармағына сәйкес бақылау мен қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай профилактикалық бақылау барысында анықталған бұзушылықтарды жою туралы ұсынымды белгіленген мерзімде орындамау, бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бару арқылы профилактикалық бақылау жүргізудің жартыжылдық тізіміне қосу жолымен бақылау және қадағалау субъектісін (объектісін) бару арқылы профилактикалық

бақылау үшін бақылау және қадағалау субъектісін (объектісін) іріктеуге негіз болып табылады (В соответствии с пунктом 8 статьи 44 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» неисполнение в установленный срок рекомендации об устранении выявленных нарушений в ходе профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля и надзора является основанием для отбора субъекта (объекта) контроля и надзора для профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля и надзора путем включения в полугодовой список проведения профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля и надзора).

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау органы аумақтық бөлімшесінің басшысы (басшысының орынбасары) (Руководитель (заместитель руководителя) территориального подразделения государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

(тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись).

Ұсыным берілді (Рекомендация вручена):

(аумақтық мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау органының лауазымды тұлғасының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы, күні (фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения подпись, дата).

Ұсынымды алды (Рекомендацию получил):

(бақылау және қадағалау субъектісінің өкілінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы, күні/фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя субъекта (объекта) контроля и надзора, подпись, дата).

Ұсыным жіберілді (Рекомендация отправлена):

(жіберілгенін және (немесе) алынғанын растайтын құжат (документ,
подтверждающий факт отправки и (или) получения).

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 102-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
102-қосымша

Приложение 102
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 102/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 102/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы Қазақстан
Республикасының Бас мемлекеттік санитариялық дәрігерінің қаулысы**
Постановление
**Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан о
введении временных санитарных мер**

«__» _____ жыл (года) Елді мекен (населенный пункт) _____
Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора)

(на транспорте) или его заместитель) _____

(керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)
(фамилия, имя, отчество (при его наличии))

(нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

мемлекеттік бақылауды жүзеге асырудың және (немесе) нәтижелерінің ұсынылған материалдарын
қарап (рассмотрев представленные материалы осуществления и (или) результатов государственного контроля)

техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото және бейнеаппаратураның
жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері, тиісті халықаралық ұйымдардан,
Еуразиялық экономикалық одаққа мүше мемлекеттерден немесе үшінші елдерден мемлекеттік
санитариялық-эпидемиологиялық бақылау мен қадағалаудың бақылауындағы өнімнің (тауарлардың)
Еуразиялық экономикалық одақтың кедендік аумағына әкелінуіне және адам өмірі, денсаулығы және оның
мекендеу ортасы үшін қауіпті айналымына жол бермеу жөніндегі қолданылатын санитариялық шаралар
туралы ақпарат және өзге де материалдар (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и
фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы, информация от
соответствующих международных организаций, государств – членов Евразийского экономического союза или
третьих стран о применяемых санитарных мерах по недопущению ввоза на таможенную территорию
Евразийского экономического союза и оборота опасной для жизни, здоровья человека и среды его обитания
подконтрольной государственному санитарно-эпидемиологическому контролю и надзору продукции (товаров)
и иные материалы)

(установил, что в ходе) _____ барысында

бақылау нысаны (форма контроля)

лауазымды тұлға (должностным лицом) _____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))
мыналарды анықтады (выявлено следующее): _____

бұзушылықтың(тардың) анықталған күні (дата выявления нарушения (й))

_____ халықтың

санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының
бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере
санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабы
1-тармағының 15) тармақшасы, 38-бабы 2-тармағының 5) тармақшасы негізінде ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (На основании
подпункта 15) пункта 1 статьи 38, подпункта 5) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье
народа и системе здравоохранения» ПОСТАНОВЛЯЮ:

техникалық регламенттердің және (немесе) Еуразиялық экономикалық одақтың бірыңғай
санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін өнімді (тауарды)
(запретить ввоз продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям технических
регламентов и (или) единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского
экономического союза)

Өнімнің атауы, өндіруші, СЭҚ ТН коды, өзге де сәйкестендіру деректері (наименование продукции,
производитель, код ТНВЭД, иные идентификационные данные)

әкелуге тыйым салынсын, сондай-ақ келесі іс-шаралар жүзеге асырылсын (а также осуществить следующие
мероприятия): _____

Мемлекеттік бақылау мен қадағалауды жүргізген адамның (адамдардың) тегі, аты, әкесінің аты (ол
болған жағдайда) және лауазымы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность лица (лиц),
проводившего государственный контроль и надзор): _____

Уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо,
оформившее постановление о введении временных санитарных мер)

(қолы және тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы қаулыны алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс.

Постановление о введении временных санитарных мер подлежит исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента получения постановления.

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган-ның басшысы

Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Мөр орны

Место печати

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)

Ф.И.О. (при его наличии)

Қаулы ____ данада жасалды

Постановление составлено в ____ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 103-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
103-қосымша

Приложение 103
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 103/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 103/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Бақылау мен қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру,
қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау жөніндегі қызметіне немесе оның
жекелеген түрлеріне (процестеріне, іс-әрекеттеріне) тыйым салу туралы
жедел ден қою шарасын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық
дәрігердің қаулысы**

**Постановление
главного государственного санитарного врача о применении меры**

оперативного реагирования о запрещении деятельности по производству продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия)

« ____ » _____ жыл (года)

Елді мекен (населенный пункт) _____

Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора)

Әкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель) _____

керегінің астын сызыңыз (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии)) (нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))
ұсынылған материалдар мен мәліметтерді қарап (рассмотрев представленные материалы и сведения):

қызметіне тыйым салынған адам туралы мәліметтер: жеке кәсіпкер немесе заңды тұлға (керегінің астын сызу) (сведения о лице, чья деятельность запрещается: индивидуального предпринимателя или юридического лица (нужное подчеркнуть)) _____

жеке кәсіпкердің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии)) индивидуального предпринимателя) _____

мемлекеттік тіркеу куәлігінің № және берілген күні № и дата выдачи свидетельства государственной регистрации

Туған күні (Дата рождения) _____

Тұрғылықты жері (Место жительства) _____

жеке басын куәландыратын құжаттың атауы және деректемелері (наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность)

жеке сәйкестендіру нөмірі (индивидуальный идентификационный номер)

тұрғылықты жері бойынша тіркеу туралы мәліметтер (сведения о регистрации по месту жительства)

(Жұмыс орны, атқаратын лауазымы, ұйымның мекенжайы) (Место работы, занимаемая должность, адрес организации)

Заңды тұлға (Юридическое лицо) _____

басшының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), атауы, ұйымдық-құқықтық нысаны (фамилия, имя, отчество (при его наличии)) руководителя, наименование, организационно-правовая форма)

(заңды тұлға ретінде мемлекеттік тіркеу нөмірі) (номер государственной регистрации в качестве юридического лица)

(Бизнес сәйкестендіру нөмірі және банк деректемелері) (Бизнес идентификационный номер и банковские реквизиты)

жедел ден қою шаралары нысанасына жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге асыру материалдары және (немесе) нәжелері (бар болса) (материалы осуществления и или (результаты) государственного контроля, относящиеся к предмету меры оперативного реагирования (при наличии))

(техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері және өзге де материалдар) (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

(установил, что в ходе) _____

бақылау нысаны (форма контроля)

барысында

лауазымды тұлға (должностным лицом) _____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

мыналарды анықтады (выявлено следующее) _____

бұзушылықтың(тардың) анықталған күні (дата выявления нарушения (й)) _____

жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабы 1-тармағының 1) тармақшасы, 38-бабы 2-тармағының 4) тармақшасы негізінде ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (На основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» ПОСТАНОВЛЯЮ:

(ПРИОСТАНОВИТЬ с) 20 ____ жылғы (года) « ____ » _____ бастап (до) 20 ____ жылғы (года) « ____ » _____ дейін

тыйым салынған қызмет түрін немесе оның жекелеген түрлерін көрсету (процестер, іс-қимылдар) (указать вид запрещаемой деятельности по производству, продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия)

ТОҚТАТЫЛА ТҰРСЫН,

сондай-ақ мынадай іс-шаралар орындалсын (а также выполнить следующие мероприятия): _____

Осы қаулының орындалуы туралы ақпарат (Информацию о выполнении настоящего постановления представить в) _____

(мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)
(представить к) « ____ » _____ жылы (года) ұсынылсын.

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного реагирования) _____

колы және тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс.

Постановление о применении меры оперативного реагирования подлежит исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента получения постановления.

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы

Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Мөр орны

Место печати

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)

Ф.И.О. (при его наличии)

Қаулы ____ данада жасалды

Постановление составлено в ____ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 104-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
104-қосымша

Приложение 104
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 104/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 104/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 _____ года № _____

**Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің
талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық
және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін өнімді (тауарды) өткізуден
алып қою және кері қайтарып алу туралы жедел ден қою шарасын қолдану
туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің**

№ _____ қаулысы

Постановление

**главного государственного санитарного врача о применении меры
оперативного реагирования об изъятии и отзыве с реализации продукции**

**(товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям
технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и
гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза**
№ _____

« _____ » _____ ЖЫЛ (года)

уақыты (время)

Елді мекен (населенный пункт) _____

Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора) _____

Өкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері немесе оның орынбасары
(Главный государственный санитарный врач административно-территориальной единицы (на транспорте) или его
заместитель) _____керегінің астын сызыңыз (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя,
отчество (при его наличии)) _____жедел ден қою шаралары нысанасына жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге асырудың және (немесе)
нәтижелерінің ұсынылған материалдарын қарап (бар болса) (рассмотрев представленные материалы
осуществления и (или) результатов государственного контроля, относящиеся к предмету меры оперативного
реагирования (при наличии)) _____техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото - және бейнеаппаратураның
жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері және өзге де материалдар (записи
технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты
санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

(установил, что в ходе) _____ барысында

бақылау нысаны (форма контроля)

лауазымды тұлға (должностным лицом) _____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

мыналарды анықтады (выявлено следующее): _____

бұзушылықтың(тардың) анықталған күні (дата выявления нарушения (й)) _____

жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық
саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения
требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения,
являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

**«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан
Республикасы Кодексінің 38-бабы 1-тармағының 1) тармақшасы, 38-бабы 2-
тармағының 4) тармақшасы негізінде ҚАУЛЫ ЕТЕМІН:**

**На основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2
статьи 38 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе
здравоохранения» ПОСТАНОВЛЯЮ:**

осы қаулыны алған сәттен бастап дереу техникалық регламенттердің және
(немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарға
және Еуразиялық экономикалық одақтың талаптарына сәйкес келмейтін мынадай
өнім (тауар) өткізуден алып қойылсын және кері қайтарып алынсын
(незамедлительно с момента получения настоящего постановления изъять и

отозвать с реализации следующую (следующий) продукцию (товар), не соответствующую (не соответствующий) требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям и Евразийского экономического союза):

№	Өнімнің атауы (Наименование продукции)	Өндіруші, өнім өндіретін ел (Производитель, стра- на изготовления продукции)	Партия нөмірі (Номер партии)	Алып қойылатын және кері қайтарып алынатын өнімнің саны (Количество изымаемой и отзываемой продукции)
1	2	3	4	5

Растайтын материалдарды қоса бере отырып, өнімді (тауарды) өткізуден алып қойылған және кері қайтарып алынған өнімге қатысты жүргізілген іс-шаралар туралы акпарат осы қаулыны алған сәттен бастап күнтізбелік 10 күн ішінде ұсынылсын (Информацию о проведенных мероприятиях в отношении изъятой и отозванной с реализации продукции (товара) с приложением подтверждающих материалов представить в течение 10 календарных дней с момента получения настоящего постановления в)

мемлекеттік органның атауы, мекенжайы, e-mail және басқа да байланыс деректері (наименование государственного органа, адрес, e-mail и другие контактные данные)

Осы қаулының орындалуы үшін жауапкершілік мыналарға жүктеледі (Ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на):

бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жааағдайда), толық атауы (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования)

Бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің қолы мен күні (Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его представителя)

Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алудан бас тартты (Руководитель субъекта контроля и надзора или его представитель отказался от получения постановления о применении меры оперативного реагирования)

лауазымды адамның қолы және тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного реагирования)

қолы және тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы

Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Мөр орны

Место печати

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)

Ф.И.О. (при его наличии)

Қаулы ____ данада жасалды

Постановление составлено в ____ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 105-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
105-қосымша

Приложение 105
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

—
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 105/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 105/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Адамдарды емдеуге жатқызуға жіберуді ұйымдастыру туралы
жедел ден қою шараларын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық
дәрігердің қаулысы**
Постановление
главного государственного санитарного врача о применении меры
оперативного реагирования об организации направления лиц на
госпитализацию

«___» _____ жыл (года)

Елді мекен (населенный пункт) _____

Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора) _____

Өкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері немесе оның орынбасары
(Главный государственный санитарный врач административно-территориальной единицы (на транспорте) или его
заместитель)

(қажетінің астын сызу керек) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (нужное подчеркнуть) (фамилия, имя,
отчество (при его наличии))

Жедел ден қою шаралары нысанасына жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге асырудың және (немесе)
нәтижелерінің ұсынылған материалдарын қарап (бар болса) (рассмотрев представленные материалы осуществления
и (или) результаты государственного контроля, относящиеся к предмету
меры оперативного реагирования (при наличии))

(техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото - және бейнеаппаратураның
жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері және өзге де материалдар) (записи
технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты
санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

(установил, что в ходе) _____ барысында

бақылау нысаны (форма контроля)

лауазымды тұлға (должностным лицом) _____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

мыналарды анықтады (выявлено следующее): _____

бұзушылықтың(тардың) анықталған күні (дата выявления нарушения (й))

жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық
саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения
требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения,
являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабы
1-тармағының 1) тармақшасы, 38-бабы 2-тармағының 4) тармақшасы негізінде ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (На основании
подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье
народа и системе здравоохранения» ПОСТАНОВЛЯЮ):

(в срок до) «___» _____ жылға (года) дейінгі мерзімде мына адамдарды ауруханаға жатқызуға жіберу
ұйымдастырылсын (организовать направление следующих лиц на госпитализацию)

№	Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество) (при его наличии)	Туған күні (Дата рождения)	Жыны- сы (Пол)	Диагнозы (Диагноз)	Қайда жі- беріледі (Направля- ется в)
1	2	3	4	5	6

Осы қаулының орындалуы туралы ақпарат (Информацию о выполнении настоящего постановления
представить в) _____

мемлекеттік органның атауы (наименование государственного органа)

(к) «___» _____ жылы (года) ұсынылсын.

Осы қаулының орындалуы үшін жауапкершілік мыналарға жүктеледі (Ответственность за выполнение
настоящего постановления возлагается на):

бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде),
толық атауы (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), полное наименование субъекта
(объекта) контроля и надзора)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (Сведения о получении
постановления о применении меры оперативного реагирования) _____

Бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің қолы мен күні (Дата и подпись
руководителя субъекта контроля и надзора или его представителя)

Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алудан бас тартты (Руководитель субъекта контроля и надзора или его представитель отказался от получения постановления о применении меры оперативного реагирования)

лауазымды адамның қолы және тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного реагирования) _____

тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) және қолы (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс (Постановление о применении меры оперативного реагирования подлежит исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента получения постановления).

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган-ның басшысы

Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Мөр орны

Место печати

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)

Ф.И.О. (при его наличии)

Қаулы ____ данада жасалды

Постановление составлено в ____ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 106-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
106-қосымша

Приложение 106
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 106/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органның немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 106/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

№ _____ әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қаулы
Постановление по делу об административном правонарушении № _____

20 _____ ж. (г.) « _____ » _____

_____ карау орны (место рассмотрения)

Мемлекеттік органның атауы (Наименование государственного органа)

Лауазымды тұлға - халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік
органның басшысы, оның орынбасары, аумақтық бөлімшелерінің басшысы мен оның орынбасары
(Должностное лицо - руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического
благополучия населения, его заместитель, руководитель территориального подразделения, его заместитель)

тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))
Істі қарау күні және орны (дата и место рассмотрения дела)

Өзіне қатысты іс қаралған тұлға туралы мәліметтер (сведения о лице, в отношении которого рассмотрено дело):

Жеке тұлғалар үшін (для физических лиц):

тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

туған күні (дата рождения)

тіркелген жері (место жительства)

Жеке басын куәландыратын құжаттың атауы және деректемелері (наименование и реквизиты документа,
удостоверяющего личность)

идентификационный номер

Мекенжайы бойынша тіркеу туралы мәлімет (сведения о регистрации по месту жительства)

Жұмыс орны, атқаратын қызметі, ұйымның атауы (место работы, занимаемая должность, адрес
организации)

Занды тұлғалар үшін (для юридических лиц):

атауы (наименование)

ұйымдық-құқықтық нысаны (организационно-правовая форма)

орналасқан жері (место нахождения)

занды тұлға ретіндегі мемлекеттік тіркеу нөмірі және күні (номер и дата государственной регистрации в
качестве юридического лица)

бизнес-сәйкестендіру нөмірі және банктік деректемелер (идентификационный номер и банковские
реквизиты)

Қаралған іс бойынша өндіріс тілі (язык производства по рассматриваемому делу)

АНЫҚТАДЫ (УСТАНОВИЛ):

Істі қарау кезінде анықталған мән-жайлар/обстоятельства, установленные при рассмотрении дела

әкімшілік құқық бұзушылық үшін жауапкершілік көзделетін, істі қарау кезінде жасалған әкімшілік
құқық бұзушылық, айыпталушының жеке басы, оның ішінде айыпталғанға дейінгі және кейінгі
мінез-құлқы, мүлктік жағдайы, жауапкершілікті жеңілдететін және ауырлататын жағдай белгіленген
ӘҚБтК бабы (статья КоАП, предусматривающая ответственность за административное правонарушение
обстоятельства, установленные при рассмотрении дела, характер совершенного административного
правонарушения, личность виновного, в том числе его поведение до и после совершения
правонарушения, имущественное положение, обстоятельства смягчающие и отягчающие
ответственность)

Жоғарыда көрсетілген негізде және ӘҚБтК-нің 701, 818, 821, 822, 823-баптарын басшылыққа ала
отырып (На основании вышеизложенного и руководствуясь статьями 701, 818, 821, 822, 823 КоАП),
ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (ПОСТАНОВИЛ):

ӘҚБтК ___ бабының ___ бөлігі бойынша (АЕК/көлемде) әкімшілік жаза қолдану (Наложить
административное взыскание по части ___ статьи ___ КоАП (в размере МРП) ___ жазу үлгісінде
(прописью)/ іс бойынша іс жүргізуді тоқтату (прекратить производство по делу)

керектінің астын сызыңыз (нужное подчеркнуть)
в отношении _____ қатысты
құқық бұзушының деректерін көрсету (указать данные правонарушителя)

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қаулыға шағым сотқа
жіберіледі, шағым, наразылық

түскен күннен бастап үш күндік мерзімде міндетті іс бойынша қаулы шығарған органға (лауазымды тұлғаға), жоғары тұрған орган, сотқа (жоғарыда тұрған лауазымды тұлғаға) сәйкес келетін істің барлық материалдарын жіберу (Жалоба на постановление по делу об административном правонарушении направляется судье, в орган (должностному лицу), вынесший постановление по делу, которые обязаны в трехдневный срок со дня поступления жалобы, протеста направить их со всеми материалами дела в соответствующий суд, вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу)).

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қаулыға, жоғары тұрған органның (лауазымды адамның) шағым, наразылық бойынша қаулысына шағым, наразылық – қаулының көшірмесі табыс етілген күннен бастап он тәулік ішінде, ал осы Кодекстің 744, 745, 746, 747, 748 және 753-баптарында көрсетілген тұлғалар істі қарауға қатыспаған жағдайда, қаулыны алған күннен бастап беріледі (Жалоба, протест на постановление по делу об административном правонарушении подаются в течение десяти суток со дня вручения копии постановления, а в случае, если лица, указанные в статьях 744, 745, 746, 747, 748 и 753 настоящего Кодекса, не участвовали в рассмотрении дела, – со дня получения постановления).

Шағым берілуі, ал наразылық тікелей оларды қарауға өкілетті сотқа, жоғары тұрған органға (жоғары тұрған лауазымды тұлғаға) енгізілуі мүмкін (Жалоба может быть подана, а протест внесен непосредственно в суд, вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу), уполномоченный их рассматривать.

Айыппұлды әкімшілік жауаптылыққа тартылған тұлға айыппұл салу туралы қаулы, ескерту немесе айыппұл төлеу қажеттігі туралы нұсқама заңды күшіне енген күннен бастап отыз тәуліктен кешіктірмей төлеуге тиіс. Айыппұл осы Кодекстің 888-бабында көзделгендей кейінге қалдырылған жағдайда, әкімшілік жауаптылыққа тартылған тұлға оны кейінге қалдыру мерзімі өткен күннен бастап төлеуге тиіс. (Штраф подлежит уплате лицом, привлеченным к административной ответственности, не позднее тридцати суток со дня вступления постановления о наложении штрафа, предписания о предупреждении или необходимости уплаты штрафа в законную силу. В случае отсрочки, предусмотренной статьей 888 настоящего Кодекса, штраф подлежит уплате лицом, привлеченным к административной ответственности, со дня истечения срока отсрочки).

ӘҚБТК-нің 893-бабында көрсетілген айыппұлды мерзімінде төлемеген жағдайда ӘҚБТК-нің 894-895-бабы негізінде материал жеке сот орындаушыларының өңірлік палатасына мәжбүрлі орындау үшін жіберілетін болады (В случае неуплаты штрафа в указанный статьей 893 КоАП срок, на основании статей 894 и 895 КоАП материал будет направлен в региональную палату частных судебных исполнителей для принудительного исполнения).

Лауазымды тұлға- халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы, оның орынбасары, аумақтық бөлімшелерінің басшысы мен оның орынбасары (керектінің астын сызыңыз) (Должностное лицо - руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, его заместитель, руководитель территориального подразделения, его заместитель (нужное подчеркнуть))

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы Ф.И.О. (при его наличии) подпись)

Қаулыны алдым (Постановление получил (а))

атқаратын лауазымы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), алған күні, қолы, (занимаемая должность, Ф.И.О. (при его наличии), дата получения, подпись)

Қаулыны жіберу туралы белгі (Отметка о высылке постановления)

күні, айы, жылы, түбіртек нөмірі (число, месяц, год, № квитанции)

Айыппұл төлеу деректемелері (Реквизиты оплаты штрафа):

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 107-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
107-қосымша

Приложение 107
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №____ бұйрығымен бекітілген №107/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 107/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года №____

**Заңдылықты бұзу жағдайларын, сондай-ақ әкімшілік құқық бұзушылық
жасауға ықпал ететін себептер мен жағдайларды жою бойынша шаралар
қабылдау туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің жеке ұсынуы**

**Частное представление главного государственного санитарного врача о
принятии мер по устранению случаев нарушения законности, а также
причин и условий, способствующих совершению административных
правонарушений**

"__" ____ 20__ (жыл) года №__ елді мекен (населенный пункт): ____

1. Бақылау және қадағалау органының атауы
(Наименование органа контроля и надзора)

2. Жеке ұсыну шығарудың құқықтық негіздері
(Правовые основания вынесения частного представления)

3. Жеке ұсыну шығару жағдайларының сипаттамасы
(Описание обстоятельств вынесения частного представления)

4. Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы бақылау және қадағалау субъектілерінің (объектілерінің) заңдылықты бұзу жағдайларын, сондай-ақ әкімшілік құқық бұзушылықтарды жасауға ықпал ететін себептері мен жағдайларын сипаттау
(Описание случаев нарушения законности, а также причины и условия, способствующие совершению административных правонарушений субъектами (объектами) контроля и надзора в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабы 1) тармағының 3-1) тармақшасының, 38-бабы 2) тармағының 3-1) тармақшасының негізінде АНЫҚТАДЫМ
(На основании подпункта 3-1) пункта 1 статьи 38, подпункта 3-1) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" УСТАНОВИЛ):

1. Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы бақылау және қадағалау субъектілерінің (объектілерінің) заңдылықты бұзушылықтарын жою, сондай-ақ әкімшілік құқық бұзушылықтар жасауға ықпал ететін себептер мен жағдайларды жою бойынша мынадай шаралар қабылдансын
(Принять следующие меры по устранению нарушений законности, а также причин и условий, способствующих совершению административных правонарушений субъектами (объектами) контроля и надзора в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения):

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

2. Осы жеке ұсынуды алған күннен бастап бір ай ішінде қарау және ұсыну енгізген органға (лауазымды адамға) қабылданған шаралар туралы хабарлау
(Рассмотреть настоящее частное представление в течение месяца со дня его получения и сообщить о принятых мерах органу (должностному лицу), внесшему представление).

Ескертпе
(Примечание):

"Әкімшілік құқық бұзушылық туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 826-бабы 1-бөлігіне сәйкес осы жеке ұсынуды алған күннен бастап он тәулік ішінде жоғары тұрған органға (лауазымды адамға) шағым жасалуы мүмкін. Ұсынуға шағымды қарау нәтижесі бойынша шығарылған жоғары тұрған органның шешіміне мамандандырылған аудандық және әкімшілік құқық бұзушылық жөніндегі оған теңестірілген сотқа оны алған күннен бастап он тәулік ішінде шағым жасалуы мүмкін, оның шешімі шағымдануға жатпайды

(Настоящее частное представление может быть обжаловано в течение десяти суток со дня его получения в вышестоящий орган (должностному лицу) в соответствии с частью 1 статьи 826 Кодекса Республики Казахстан "Об административных правонарушениях". Решение вышестоящего органа, вынесенное по результатам рассмотрения жалобы на представление, может быть обжаловано в специализированный районный и приравненный к нему суд по административным правонарушениям в течение десяти суток со дня его получения, решение которого обжалованию не подлежит).

Лауазымы

Қолы

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)

Должность

подпись

Ф.И.О. (при его наличии)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 108-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
108-қосымша

Приложение 108
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ КР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №108/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы</p> <p>Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>	<p>Медицинская документация Форма № 108/у</p> <p>Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №____</p>

**Уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы Қазақстан Республикасы
Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналы
Журнал регистрации постановлений Главного государственного
санитарного врача Республики Казахстан о введении временных санитарных
мер**

Басталды (Начат) " " ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) " " ж. (г.)

--	--	--	--	--	--

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін (сәйкес келмейтін) өнімнің (тауардың) атауы (Наименование продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям технических регламентов и (или) единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза)	Өнімнің атауы, өндіруші, сыртқы экономикалық қызметтің тауар номенклатурасының коды, өзге де сәйкестендіру деректері (Наименование продукции, производитель, код товарной номенклатуры внешнеэкономической деятельности, иные идентификационные данные)	Уақытша санитариялық шараны қолдану негізі (Основание применения временной санитарной меры)	Қолданылу мәртебесі (Статус действия)
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 109-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
109-қосымша

Приложение 109
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №109/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 109/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года №____

**Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру,
қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау жөніндегі қызметіне немесе оның
жекелеген түрлеріне (процестеріне, іс-әрекеттеріне) тыйым салу туралы
жедел ден қою шараларын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық
дәрігердің қаулыларын тіркеу журналы**

Журнал

**регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о
применении меры оперативного реагирования о запрещении деятельности**

по производству продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия)

Басталды (Начат) " ____ " _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) " ____ " _____ ж. (г.)

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) мекенжайы, орналасқан жері (Адрес, место нахождения субъекта (объекта) контроля и надзора)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) немесе оның жеке-леген түрлерінің (процестер, әрекеттер) өндірісі, өнімі (тауары), қызметтер көрсетуі, жұмыстарын орындауы бойынша тыйым салынатын қызметтің түрі (Вид запрещаемой деятельности по производству, продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия))	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулының қолданылу мәртебесі (Статус действия постановления о применении меры оперативно-го реагирования)	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі аты әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия имя отчество (при его наличии) должностного лица, оформившего постановление о применении меры оперативно-го реагирования)
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 110-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
110-қосымша

Приложение 110
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №110/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 110/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года №____

**Санитариялық-эпидемияға қарсы (қорытынды дезинфекциялау) және
санитариялық-профилактикалық іс-шараларды жүргізу туралы бас
мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналы**

**Журнал регистрации постановлений главного государственного санитарного
врача о проведении санитарно-противоэпидемических (заключительных
дезинфекционных) и санитарно-профилактических мероприятий**

Басталуы (Начат) «_____» _____ 20____ ж.(Г)

Аяқталуы (Окончен) «_____» _____ 20____ ж. (Г.)

Тіркеу нөмірі (Регист- ра ци- онный номер)	Қаулы шы- ғарылған күн (Дата выне- сения по- становле- ния)	Қаулы шығаруға негіз болған құ- жаттардың атауы және НҚА норма- лары (Наименование документов и нор- мы НПА, на основании которых вы- несено постановление)	Аумақтың толық атауы (Полное на- именование территории)	Мекен- жайы, ор- наласқан жері (Адрес, место на- хождение)	Қаулыны орындау мерзімі (Сроки ис- полнения постановле- ния)	Есепке алу-есеп беру құжаттама- сын сақтау мерзімі (Сроки хранения учетно-отчетной документации)
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 111-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
111-қосымша

Приложение 111
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №111/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 111/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Бақылау мен қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай профилактикалық
бақылауды тіркеу
журналы**

**Журнал регистрации профилактического контроля без посещения субъекта
(объекта) контроля и
надзора**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) « ____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

№ №	Бар- май про- фи- лак- тика- лық ба- қы- лау жүр- гізіл- ген күн (Да- та про- ве- де- ния проф. кон- тро- ля без посе- ще- ния)	Субь- екті- нің (объ- екті- нің) ата- уы, оның орна- лас- қан орны, БСН /ЖСН (На- име- нова- ние субь- екта (объ- екта), ме- стона- хож- де- ние, БИН /ИИН)	Мен- шік ны- саны (мемле- кеттік, жеке- меншік (микро, шағын, орта, ірі)) (Форма соб- ствен- ности (госу- дар- ствен- ная, частная (микро, малый, сред- ний, круп- ный))	Бармай профилактикалық бақылаудың атауы (Наименование проф.контроля без посещения)			
				Өндірістік объектілерде (өнеркәсіптік және ради- ациялық гигиена объек- тілері) жүргізілген өнді- рістік бақылау нәтижесі туралы ақпараттың бол- мауы не уақтылы ұсы- нылмауы (Отсутствие либо несвоевременное пред- ставление информации о результатах проведенно- го производственного контроля на производ- ственных объектах (объ- екты промышленной и радиационной гигиены)	Бақылау субъектіле- ріне (объектілеріне) бармай жүргізілген профилактикалық бақылау шеңберін- де берілген ұсыным- дардың орындалуы бойынша ақпарат ұсынбау (Непредставление информации по ис- полнению рекомен- дации, выданной в рамках проведенно- го профилактическо- го контроля без по- сещения субъектов (объектов) контро- ля)	Сыртқы эконо- микалық қыз- метке қатысу- шылардың өнімді (тауар- ларды) әкелу және сәйкесті- гін декларация- лау жөніндегі талаптарды бұ- зуы (Нарушение участниками внешней эконо- мической дея- тельности тре- бований по вво- зу и деклариро- ванию соответ- ствия продук- ции (товаров))	«Рұқсаттар және ха- барламалар туралы» ҚР Заңына сәйкес көз- делген халықтың сани- тариялық-эпидемиоло- гиялық саламаттылы- ғы саласында рұқсат- тың/ хабарламаның болмауы (Отсутствие разреше- ния/ уведомления в сфере санитарно-эпи- демиологического бла- гополучия населения предусмотренных в со- ответствии с Законом РК «О разрешениях и уведомлениях»)
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Бармай профилактикалық бақылаудың атауы (Наименование проф.контроля без посещения)				Жиын- тық балл (Бал- лы в сум- ме)	Ұсы- ным- ның нө- мі- рі, бері- лген күні (Но- мер и да- та вы- да- чи ре- ко-)	Бармай про- фила- ктика- лық ба- қыла- уды жүргіз- ген ма- нның (-дар- дың) Т. А.Ә. (ол болған жағдай- да), лау- азымы, қолы (Ф.И.О. (при его нали-
Білім бе- ру, тәр- биелеу объекті- лерінің толым- дылығы ның ар- туы (Превы- шение наполня- емости объек- тов обра-	Топтық инфекциялық аурулар мен уланулар- дың, оның ішінде та- мақтан уланулардың, кәсіптік аурулар мен уланулардың тіркелу жағдайлары (Случаи регистрации групповых инфекцион- ных заболеваний и отравлений, в том чис- ле пищевых, профес- сиональных заболева- ний и отравлений)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объек- тісінің) халықтың санитариялық-эпидемиоло- гиялық саламаттылығы саласындағы заңнама- ға сәйкес ақпарат пен есептілікті ұсынбауы және (немесе) уақтылы ұсынбауы және нұсқа- мадағы талаптарды орындамауы (Непредставление и (или) несвоевременное представление субъектом (объектом) контро- ля и надзора информации и отчетности в соот- ветствии с законодательством в сфере сани- тарно-эпидемиологического благополучия на- селения и неисполнение требований в предпи- сании)	Бақылау және қада- ғалау субь- ектісінің (объектісі- нің) қызме- тіне растал- ған шағым (Подтвер- жденная жалоба на деятель- ность субь- екта (объ- екта) кон- троля и надзора)			

зования, воспита- ния)					мен- да- ции)	чий)), долж- ность и подпись сотруд- ника (- ов) про- водив- ших проф. кон- троль без посе- щения)
9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 112-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
112-қосымша

Приложение 112
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №112/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 112/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20__ года №____

**Адамдарды жұмыстан уақытша шеттету жөнінде жедел ден қою шараларын
қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын
тіркеу
журналы
Журнал
регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о
применении меры оперативного реагирования о временном отстранении лиц
от работы**

Басталды (Начат) «___» _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) «___» _____ ж. (г.)

№	Қаулының күні мен нөмірі (Дата и номер постановления)	Шеттетуге жататын адам анықталған бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора, в котором выявлено лицо, подлежащее отстранению)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) мекенжайы, орналасқан жері (Адрес, место нахождения субъекта (объекта) контроля и надзора)	Уақытша шеттетілген адамдардың тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) временно отстраненных лиц)	Жұмыстан шеттетілген адамды жұмысқа жіберу күні (Дата допуска к работе лица, отстраненного от работы)	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица, оформившего постановление о применении меры оперативного реагирования)
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 113-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
113-қосымша

Приложение 113
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №113/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 113/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года №____

**Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру,
өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау жөніндегі қызметін немесе
оның жекелеген түрлерін (процестерін, іс-әрекеттерін) тоқтата тұру туралы
жедел ден қою шараларын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық
дәрігердің қаулыларын тіркеу журналы**

Журнал

**регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о
применении меры оперативного реагирования о приостановлении**

**деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию
услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или
отдельных ее видов (процессов, действий)**

Басталды (Начат) « ____ » _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) « ____ » _____ ж. (г.)

№	Қаулының күні мен нөмірі (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша тоқтатыла тұратын қызметінің түрі немесе оның жекелеген түрлері (процестері, іс-әрекеттері) (Вид приостанавливаемой деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действий))	Қаулының қолданылу мерзімі (Срок действия постановления)	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица, оформившего постановление о применении меры оперативно-го реагирования)
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 114-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
114-қосымша

Приложение 114
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №114/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 114/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20__ года №____

**Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің
талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық
және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін өнімді (тауарды) өткізуден
алып қою және кері қайтарып алу жөнінде жедел ден қою шараларын
қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын
тіркеу журналы
Журнал
регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о**

применении меры оперативного реагирования об изъятии и отзыве с реализации продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза

Басталды (Начат) " ____ " _____ ж. (Г.)

Аяқталды (Окончен) " ____ " _____ ж. (Г.)

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)	Қаулыны қолдану негіздері (Основания для применения постановления)	Алынатын (қайтарылатын) өнімнің тізбесі (Перечень изымаемой (отзываемой) продукции)	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі аты әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия имя отчество (при его наличии) должностного лица, оформившего постановление о применении меры оперативно-го реагирования)	Қаулының орындалуы туралы ақпарат (Информации об исполнении постановления)
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 115-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
115-қосымша

Приложение 115
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №115/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 115/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20__ года №____

**Адамдарды емдеуге жатқызуға жіберуді ұйымдастыру жөнінде жедел ден
қою шараларын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің
қаулыларын тіркеу**

журналы

Журнал

**регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о
применении меры оперативного реагирования об организации направления
лиц на госпитализацию**

Басталды (Начат) «___» _____ ж. (Г.)

Аяқталды (Окончен) «___» _____ ж. (Г.)

№	Қаулының шыққан күні мен нөмірі (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)	Емдеуге жатқызға жіберілетін адамдардың тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия имя отчество (при его наличии) лиц, направляемых на госпитализацию)	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица, оформившего постановление о применении меры оперативного реагирования)	Қаулының орындалуы туралы ақпарат (Информации об исполнении постановления)
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 116-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
116-қосымша

Приложение 116
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

—
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 116/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 116/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша іс жүргізуді қарауды
тоқтату туралы қаулыларды тіркеу журналы
Журнал регистрации постановлений о прекращении рассмотрения
производства по делу об административном правонарушении**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж.(г)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

р /с № № п /п	Әкімшілік іс- тің (хаттама мен қаулы №), материалдың нөмірі (кіріс.№ , күні) (Номер адми- нистративного дела (№ прото- кола и поста- новления), ма- териала (вх.№, дата))	Ба- стал- ған күні (Да- та заве- де- ния)	Хаттама- ны тол- тырған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О (при его наличии), долж- ность ли- ца соста- вившего протокол)	Қаулы жа- саған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О (при его наличии), долж- ность ли- ца соста- вившего постанов- ления)	Жеке тұлға, заңды тұлға, жеке кәсіпкер туралы мәліметтер (ЖСН, БСН, Т.А.Ә. (ол болған жағ- дайда) мекенжайы) (Сведения о физиче- ском лице, юридиче- ском лице, индивиду- альном предпринима- теле (ИНН, БИН, Ф.И. О (при его наличии), адрес))	Жұ- мыс тү- рі, лау- азы- мы, жұмыс орны, теле- фоны (Род заян- тий, долж- ность, место рабо- ты, те- лефон)	Жа- сал- ған ор- ны, ме- кен- жайы Ме- сто со- вер- ше- ния, ад- рес.	Іс жүргі- зуді бол- дыр- май- тын мән- жай- лар (Об- стоя- тель- ства, ис- клю- чаю- щие про- из- вод- ство)	Қа- ра- уды тоқ- тату күні (Да- та пре- кра- ще- ния рас- смот- ре- ния)	Бас- қа бел- гілер (Про- чие от- мет- ки)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 117-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
117-қосымша

Приложение 117
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « _____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 117/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 117/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

Кәсіптік аурулар мен улануларды тіркеу журналы
Журнал регистрации профессиональных заболеваний и отравлений

Басталуы (Начат) « _____ » _____ 20 _____ ж.(Г)

Аяқталуы (Окончен) « _____ » _____ 20 _____ ж. (Г.)

Тіркеу нөмірі	Шұғыл хабарла- ма алынған күн (Дата получения экстренного из- вещения)	Зардап шеккен- дердің ЖСН-і	Зардап шегушінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), жасы	Улану орын алған объектінің атауы (Наименование объ- екта, где произошло отравление)	Цех, бө- лімше, учаске	Кәсі- бі (Про- фес- сия)	Жұ- мыс өтілі
------------------	--	--------------------------------------	---	--	------------------------------	--------------------------------------	---------------------

(Регистрационный номер)		(ИИН пострадавших)	(Фамилия, имя, отчество (при его наличии), возраст пострадавшего)		(Цех, отделение, участок)		(Стаж работы)
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Кәсіби ауруды туғызған зиянды өндірістік факторлармен байланыстағы жұмыс өтілі (Стаж работы в контакте с вредными производственными факторами, вызвавшими профессиональное заболевание)	Уланған, ауырған күні (Дата отравления, заболевания)	Улану себебі (Причина отравления)	Ауруханаға жатқызу күні мен орны (Дата и место госпитализации)	Тексеру жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), лица, проводившего обследование)	Диагносты (Диагноз)	Диагноз қойылған күні (Дата установления диагноза)	Ескертпе (Примечание)
9	10	11	12	13	14	15	16

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 118-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
118-қосымша

Приложение 118
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 118 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 118/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Тамақтан улануды тіркеу журналы

Журнал регистрации пищевых отравлений

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж.(г)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Хабарлама /шұғыл хабарлама ке-	Тамақтан улану болған орын (асхана, мейрамхана,	Зардап шеккендердің тегі, аты, әкесінің	Зардап шек-	Зардап шек-	Аурухана-ға	Қайтыс болған-	Улануды ту-	Ескертпе
-----------------------------------	--	--	-------------	-------------	-------------	----------------	-------------	----------

Тір- кеу нө- мірі (Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер)	ліп түскен күн (Дата по- ступления сообщения/ экстренного извещения)	Елді мекен- нің атауы (На- имено- вание насе- ленно- го пунк- та)	дәмхана, ауруха- на, үйде) (Место, где про- изошло пищевое отравление (столо- вая, ресторан, ка- фе, больница, на дому))	аты (ол болған жағдайда), ту- ған жылы (Фамилия, имя отчество (при его наличии) пострадавших, год рождения)	кен- дер- дің ЖСН- і (ИИН по- стра- дав- ших)	кен- дер- саны* (Чис- ло по- стра- дав- ших*)	жат- қызы- лған- дар саны* (Чис- ло госпи- тали- зиро- ван- ных *)	дар са- ны* (Число умер- ших)	дыр- ған өнім (Про- дукт вы- звав- ший отрав- ле- ние)	(При- меча- ние)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

*оның ішіндегі 14 жасқа дейінгі балаларды жақшаның ішінде көрсетіңіз (в том числе детей до 14 лет указывать в скобке)

Зертханалық зерттеулер Лабораторные исследования						Тамақтан улануды ту- дырған санитариялық және технологиялық кемшіліктер (Санитарные и техно- логические наруше- ния, повлекшие воз- никновение пищевых отравлений)	Тамақтан улануды тергеп-тексерудің қорытынды матери- алдары жіберілген күн (Дата направления окончательных ма- териалов расследо- вания пищевого отравления)	Қабылданған шаралар, оның ішінде әкімші- лік, тәртіптік ықпал ету және тағы басқа шаралар (Принятые меры, в том числе меры админ- стративного, дисци- плинарного воздей- ствия и так далее)
Науқа- стар- дың бөлін- діле- рін (Вы- деле- ний боль- ных)	Қанды (Кровь)	Шай- ын- ды- ларды (Смы- вов)	Мәй- іттің мате- риал- дарын (Труп- ных мате- риа- лов)	Та- мақ өнім- дерін (Пи- ще- вых про- дук- тов)	Шая- тын суды (Про- мыв- ных вод)			
12	13	14	15	16	17	18	19	20

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 119-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
119-қосымша

Приложение 119
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « _____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 119/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 119/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

**Қоршаған ортадан алынған үлгілерді серологиялық зерттеулерді тіркеу
журналы**
**Журнал регистрации серологических исследований образцов из окружающей
среды**

Басталуы (Начат) « _____ » _____ 20 _____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) « _____ » _____ 20 _____ ж. (г.)

Реттік нө- мірі	Тіркеу нөмірі	Күні (Дата)	Мате- риал	ПГАР (РПГА)				
								Күйдіргі

(Номер по порядку)	(Регистрационный номер)			Туляремия (Тулярия)	Жалған ту- беркулез (Псевдоту- беркулез)	Пасте- реллез (Пасте- реллез)	Листе- риоз (Листе- риоз)	Иерси- ниоз (Иерси- ниоз)	(Сибир- скую язву)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

ИФТ (ИФА)							Зерттеу аяқталған күн (Дата оконча- ния исследо- вания)	Зерттеу нәтижелері, зертханашы-дәрі- гердің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Результаты исследований, Ф.И.О (при его наличии), подпись врача-ла- боранта)
Қыз- ба (Ли- хо- рад- ка)	Леп- тоспи- роз (Леп- тоспи- роз)	Кене энце- фалиті (Клещевой энцефалит)	КҚГҚ (ККГЛ)	БСГҚ (ГЛПС)	Бор- рели- оздар (Бор- рели- озы)	Еге- укүй- рық сүзегі (Кры- синый тиф)		
11	12	13	14	15	16	17	18	19

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 120-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
120-қосымша

Приложение 120
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 120/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 120/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Дайындалған қоректік орталарды стерильдеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации стерилизации приготовленных питательных сред

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Авто- клавтың маркасы, нөмірі	Зарар- сызданды- рылатын бұйымдар	Қап- та- ма- сы	Зарар- сызданды- ру уақыты, минутпен	Режим Режим	Бақылау тесті Тест-контроль	Маманның Т.А.Ж. (ол болған жағдай- да), лауазымы және қолы Ф.И.О. (при его на- личии), должность
--	--------------	--	--	--------------------------	--	----------------	--------------------------------	---

		Марка, номер ав- токлава	Обеззаражи- ваемые из- делия		Упа- ков- ка	Время обез- заражива- ния в мин.							и подпись специа- листа,проводивше- го обеззаражива- ние
			Ата- уы На- име- но- ва- ние	Са- ны Ко- ли- че- ство		Ба- ста- луы На- ча- ло	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	Хи- мия- лық Хи- ми- че- ский	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 121-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
121-қосымша

Приложение 121
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 121/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 121/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Өлшеу құралдары мен сынақ жабдығына техникалық қызмет көрсетуді
тіркеу журналы**

**Журнал регистрации технического обслуживания средств измерений и
испытательного оборудования**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Күні	Өлшеу құралдарының атауы, түрі, зауыт нөмірі		Орындалған жұмыс түрлері	Инженердің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)	Қолы	
---------------	------	--	--	--------------------------	--	------	--

Регистраци- онный номер	Да- та	Наименование средств измере- ний, тип, Заводской номер	ӨЖ және СЖ жағ- дайы Состоя- ние СИ и ИО	Виды выпол- ненных работ	Ф.И.О. (при его нали- чии) инженера	Под- пись	Ес- керт- пе При- ме- ча- ние
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 122-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
122-қосымша

Приложение 122
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 122/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 122/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Медициналық иммундық-биологиялық препараттарды есепке алу журналы
Журнал учета медицинских иммунобиологических препаратов

Басталды (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Аяқталды (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Препараттың атауы Наименование препарата	Түскен мерзімі Дата поступления	Қайдан келді Откуда поступило	Шығарушы елі Страна производитель	Алынған саны Полученное количество
1	2	3	4	5	6

Кестенің жалғасы/ Продолжение таблицы

Ампуладағы (шишалардағы) до- залар саны Количество доз в ампуле (флако- не)	Жарамдылық мерзімі Срок годности	Серия нөмірі Номер серии	Қаржыландыру көзі Источник финанси- рования	Кімге берілді Кому вы- дано	Берілген күні, жүк құжа- тының № Дата выдачи, № наклад- ной
7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы/Продолжение таблицы

Сенімхат №, күні № доверенности, дата	Берілген саны Выданное количество	Теңгерім Баланс		
		Кіріс Приход	Шығыс Расход	Қалдық Остаток
13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 123-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
123-қосымша

Приложение 123
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 123/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 123/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Судың үлгілерін (жоғары дәлдіктегі жабдықта) зерттеу нәтижелерін
есепке алу журналы
Журнал учета результатов исследования образцов воды
(на высокоточном оборудовании)**

Басталуы (Начат) « ____ » _____ 20 ____ ж.(Г)

Аяқталуы (Окончен) « ____ » _____ 20 ____ ж. (Г.)

Тіркелу нөмірі	Сынама қабыл-				Анық- талған	РЕ- ШШ	Зерт- теу	Хаттама- ның тол-	
-------------------	------------------	--	--	--	-----------------	-----------	--------------	----------------------	--

(Регистрационный номер)	данған күн (Дата принятия пробы)	Сынама алу орны (Место отбора пробы)	Мекенжайы (Адрес)	Көрсеткіштер атауы (Наименование показателей)	шоғырлану (Выявленная концентрация)	нормасы (Норма ПДК)	НҚ-ы (НДисследования)	тырылған күні (Дата составления протокола)	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица, проводившего исследования)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 124-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
124-қосымша

Приложение 124
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 124 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 124/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года №____

Дозаторларды калибрлеуді тіркеу журналы Журнал регистрации калибровки дозаторов

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20____ ж. (Г.)

Тіркеу нөмірі	Күні (Дата)	Атауы (Наименование)	Барлығы бір арналы және көп арналы дозаторлар (Все одноканальные и многоканальные дозаторы)							
			5 мкл (+/- 0,25 м-кл)	10 мкл (+/- 0,4 м-кл)	20 мкл (+/- 0,4 мкл)	25 мкл (+ 0,5 мкл)	50 мкл (+/- 1,0м-мкл)	100 мкл (+/- 1,5 мкл)	200 мкл (+2,0м-кл) (+/- 1,0%)	250м-кл (+2,0м-кл)

(Регистрационный номер)		вание)	(+5, 0%)	0,25м-кл) (+2, 5 %)	мкл) (+ 2,0%)	(+ 2,0%)	кл) (2,0%)	(+/- 1,5%)		5мкл) (+/- 1,0%)	мкл) (+/- 1,0 %)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)											
500 мкл(+/-5,0мкл) (+/- 1,0%)			1000 мкл (+/-10мкл) (+/-1,0%)		2000 мкл (+/-20мкл) (+1,0%)		5000 мкл (+/-50мкл) (+1,0%)		Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), тексерушінің қолы (Ф.И.О.(при его наличии), подпись проводящего)		Ескертпелер (Примечания)
13			14		15		16		17		18

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 125-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
125-қосымша

Приложение 125
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 125 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 125/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года № _____

_____ (заттың, өнімнің атауы) (тамақ өнімдері, топырақ, ағаш
шикізаты, көмір, минералды шикізат, ойыншықтар, жиһаз өнімі,
автомобиль жолдарын салу және жөндеу кезінде пайдаланылатын
материалдардың және тағы басқалардың атауы) радиоактивтілігін зерттеуді
тіркеу журналы

Журнал регистрации исследования радиоактивности

_____ (наименование продукции, вещества) (пищевой продукции, почвы,

**древесного сырья, угля, минерального сырья, игрушек, мебельной
продукции, материалов, используемых при строительстве и проведении
ремонта автомобильных дорог и так далее)**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тір- кеу нөмі- рі (Ре- ги- стра- цион- ный но- мер)	Өл- шеу жүргі- зілген күн (Дата прове- дения изме- рения)	Үлгінің ата- уы, өнім бе- руші, өндіру- ші (Наименова- ние образца, поставщик, изготовитель)	Үлгі- нің сал- мағы (кө- лемі) (Вес (объ- ем) об- раз- ца)	Үлгіні өлшеу уақыты (мин /сек) (Время измере- ния об- разца (мин /сек))	Радионуклидтердің белсенділігі, Бк/кг/л/дмЗ							Зерттеу жүргіз- ген адам- ның Т. А.Ә. (ол болған жағдай- да) (Ф.И.О. (при его на- личии) прово- дивше- го ис- следо- вание)
					Активность радионуклидов, Бк/кг/л/дмЗ							
					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 гам- ма сәу- леле- нуші изо- топ- тар (Дру- гие гам- ма из- луча- ющие изо- топы)	Мен- шікті тиімді белсен- ділігі (Удель- ная эф- фек- тивная актив- ность)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
№	Меншікті тиімді белсенділік Cs-137(Бк/кг) (Удельная эффективная актив- ность) Cs-137(Бк/кг)			Меншікті тиімді бел- сенділіктің рұқсат етілген деңгейі Cs-137 (Бк/кг) (Допустимый уро- вень удельной эф- фективной активно- сти) Cs-137 (Бк/кг)		Меншікті тиімді белсенді- лік Sr- 90(Бк /кг) (Удель- ная эф- фектив- ная актив- ность) Sr- 90(Бк /кг)		Меншікті тиімді белсенділіктің рұқ- сат етілген деңгейі Sr- 90 (Бк/кг) (Допустимый уро- вень удельной эф- фективной активно- сти) Sr- 90 (Бк/кг)			Зерттеу/сынақ әдісіне НҚ (НД на метод исследо- вания/испытаний)	
1	2			3		4		5			6	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 126-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
126-қосымша

Приложение 126
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 126 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 126/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Тамақ өнімдеріндегі микробты транsgлутаминазаны анықтау бойынша
зерттеулерді тіркеу журналы**
**Журнал регистрации исследования по определению микробной
транsgлутаминазы в продуктах питания**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20____ ж. (г.)

Кү- ні	Тіркеу нөмірі	Күні, уақыты	Үлгі ірік- телген			
-----------	------------------	--------------	----------------------	--	--	--

Дата	Регистрационный номер	Дата, время			орын, объект Объект, место отбора образца	Өнімнің атауы Наименование продукта	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, колы Дата, месяц, год окончания исследования, фамилия, имя, подпись лица, проводившего исследование
		Іріктелген	Зертханаға қабылданған	Зерттеудің басталуы Начало исследования				
Отбора			Поступления в лабораторию					
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 127-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
127-қосымша

Приложение 127
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 127 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 127/y Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Тамақ өнімдеріндегі құрғақ сүттің массалық үлесін анықтау бойынша
зерттеулерді тіркеу журналы**
**Журнал регистрации исследования по определению массовой концентрации
сухого молока в продуктах питания**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20____ ж. (г.)

Кү- ні	Тіркеу нө- мірі	Күні, уақыты	Үлгі ірік- телген	Өнімнің атауы	Зерттеу нәтижесі	
-----------	--------------------	--------------	----------------------	------------------	---------------------	--

Дата	Регистра- ционный номер	Дата, время			орын,объ- ект Объект, место отбо- ра образца	Наиме- нование продукта	Резуль- тат ис- следова- ния	Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы, зерттеу жүргізген адам- ның тегі, аты, қолы
		Алын- ған Отбо- ра	Зертханаға қабылдан- ған Поступле- ния в лабо- раторию	Зертте- удің ба- сталуы Начало иссле- дования				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 128-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
128-қосымша

Приложение 128
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен Бекітілген № 128/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 128/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Таразыларды калибрлеуді тіркеу журналы

Журнал регистрации калибровки весов

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні (Дата)	Таразы түрі	Таразыны калибрлеу, гр. (Калибровка весов, гр)	Калибрленген таразы көрсеткіштері, гр. (Показания калиброванных весов, гр.)	Таразы көрсеткіштерінің ауытқуы, г (Отклонения показаний весов, г)	Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы,	Ескертпелер
--	----------------	-------------	---	--	---	------------------------------------	-------------



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 04.09.2026
Сақтау күні 15.09.2026
Дата редакции 04.09.2026
Дата скачивания 15.09.2026

		(Вид ве- сов)				(Ф.И.О (при его наличии), Подпись)	(При- меча- ния)
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 129-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
129-қосымша

Приложение 129
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 129/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 129/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 _____ года № _____

Дистилденген судың сапасын бақылауды тіркеу журналы

Журнал регистрации контроля качества дистиллированной воды

Басталуы (Начат) « ____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) « ____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Сынаманың алынған күні мен уақыты	Зертханаға тү- су күні мен уа- қыты	Ингредиенттер және басқа көрсет- кіштердің атауы	Суды зерт- теу нәти- жесі	Зерттеу нәти- жесінің беріл- ген күні	Зерттеуді жүргізген Т.А. Ә. (ол болған жағдай- да),
------------------	---	---	--	---------------------------------	---	---

(Регистрационный номер)	(Дата и время отбора пробы)	(Дата и время поступления в лабораторию)	(Наименование показателей ингредиентов и других)	(Результат исследования воды)	(Дата выдачи результата исследования)	(Ф.И.О (при его наличии), подпись проводившего исследования)
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 130-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
130-қосымша

Приложение 130
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 130/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 130/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Қоршаған орта параметрлерін бақылауды тіркеу журналы

Журнал регистрации контроля параметров окружающей среды

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Өлшеу күні мен уақыты (Дата и время измерения)	Бөлме №	Ауа температурасының көрсеткіштері (Показатели температуры воздуха)	Құрғақ және ылғалды термометр көрсеткіштерінің айырмасы (Разность показаний температуры сухого и влажного термометров)	Салыстырмалы ылғалдылық (Относительная влажность %)	Қолы (Подпись)
---	---------	--	---	--	-------------------

	(№ ком- наты)	Құрғақ тер- мометр (Сухого термомет- ра)	Ылғалды тер- мометр (Влажного термометра)			
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 131-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
131-қосымша

Приложение 131
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №131/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 131/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Бу және ауа стерилизаторларын, құрғақ ыстық ауалы шкафтарды
(автоклавтарды)
және дезинфекциялау камераларын бақылауды тіркеу журналы
Журнал регистрации контроля паровых и воздушных стерилизаторов,
сухожаровых шкафов
(автоклаво́в) и дезинфекционных камер**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Дата Күні	№	Үлгі ірік- телген орын,объ- ект Объект, место от- бора про- бы	Камера және автоклав аты Наименова- ние камер и автоклавов	Те- сттер Тес- ты	Дни выдерживания в термостате 37 С 37С термостатта ұстау күндері								
					Қо- рек- тік орта Пита- тель- ная среда	Қо- рек- тік орта Пита- тель- ная среда	Қо- рек- тік орта Пита- тель- ная среда	Қо- рек- тік орта Пита- тель- ная среда	Қо- рек- тік орта Пита- тель- ная среда	Қо- рек- тік орта Пита- тель- ная среда	Қоректік орта Питатель- ная среда	Қо- рек- тік орта Пита- тель- ная среда	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		13
Микроскопия		Сәйкестендіруге арналған тесттер/Тесты для идентификации										Нәти- же /Ре- зульт- тат	Қолы /Под- пись
		Каталаза	лецитиназа	плазмакоагуля- ция		маннит		глицерин					
14		15	16	17		18		19		20	21		

Пайдалынатын қысқартулар

өж – өсу жоқ

+к – кокки

спор.таяқшасы – споралық таяқшалар

үлб..өсу – үлбірлі өсу

теріс –теріс

"+" - оң

"-" - теріс

т.р.ұсталды – температуралық режим ұсталды

т.р. ұсталған жоқ – температуралық режим ұсталған жоқ

Используемые сокращения

рн - роста нет

+к – кокки

спор.пал – споровые палочки

плен.рост – пленчатый рост

отр. – отрицательно

"+" - положительный

"-" - отрицательный

т.р.выдержан – температурный режим выдержан

т.р. не выдержан – температурный режим не выдержан

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 132-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
132-қосымша

Приложение 132
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №132/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 132/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года № _____

рН метрді калибрлеуді тіркеу журналы Журнал регистрации калибровки рН метра

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20____ ж. (г.)

Тіркеу нө- мірі	Кү- ні	№1 калибрлеу ері- тінді	№2 калибрлеу ері- тінді	Тексеру ерітіндісі	Калибровка жүргізген Т.А.Ә.	Ес- кертү
Регистраци- онный но- мер	Да- та	Калибровочный раствор № 1 (рН 4,01)	Калибровочный раствор № 2 (рН 9,18)	Проверочный рас- твор (рН 6,86±/- 0,03)	(ол болған жағдайда) қолы Ф.И.О.(при его наличии) и под- пись проводившего калибровку	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 04.09.2026
Сактау күні 15.09.2026
Дата редакции 04.09.2026
Дата скачивания 15.09.2026

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 133-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
133-қосымша

Приложение 133
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №133/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 133/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года № _____

Термостаттың температурасын бақылауды тіркеу журналы

Журнал регистрации контроля температуры термостата

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20____ ж. (Г.)

Күні (Да- та)	Термостат температурасы (Температура термостата)		Маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдай- да), (Ф.И.О. (при его наличии) специалиста)	Қолы (Под- пись)	Ескертпе (Примечание)
	Жұмыс алдында 9.00	Жұмыс соңында 16.00			



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 04.09.2026
Сактау күні 15.09.2026
Дата редакции 04.09.2026
Дата скачивания 15.09.2026

	(Перед работой 9.00)	(В конце работы 16.00)			
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 134-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
134-қосымша

Приложение 134
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 134/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 134/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Центрифуганы қосуды және стерильдеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации подключения и стерилизации центрифуги

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Центрифуганың қосылған күні Дата подключения центрифуги	Материалдың атауы Наименование материала	Центрифуганы стерилдеуге арналған ерітіндінің атауы Название раствора для стерилизации центрифуги	Центрифугамен жұмыс істеген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), Ф.И.О (при его наличии), специализация работавшего с центрифугой	Қолы Подпись	Ескертпе
--	--	---	--	--	-----------------	----------



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 04.09.2026
Сактау күні 15.09.2026
Дата редакции 04.09.2026
Дата скачивания 15.09.2026

						При- ме- ча- ние
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 135-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
135-қосымша

Приложение 135
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 135/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 135/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Зертханалық ыдыстарды стерильдеуді тіркеу журналы Журнал регистрации стерилизации лабораторной посуды

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистра- ционный номер	Кү- ні Да- та	Стерилденген зертханалық ыдыстар Стерилизуемая лабораторная посуда	Са- ны Ко- ли- че- ство	Сте- рил- деу Т Т сте- ри-	Құрғақ ыстық ауалы шкафты қосқан уақыты Время включе- ния сухожарово- го шкафа	Құрғақ ыстық ауалы шкафты өшірген уақыты Время выключе- ния сухожарово- го шкафа	Стерилдеуді жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), Ф.И.О. (при его нали- чии), проводившего сте- рилизацию	Қо- лы Под- пись
---	------------------------	---	--	---	---	---	---	---------------------------



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 04.09.2026
Сактау күні 15.09.2026
Дата редакции 04.09.2026
Дата скачивания 15.09.2026

				лиза- ции				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 136-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
136-қосымша

Приложение 136
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 136/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 136/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Зертханааралық салыстыру сынақтары және сапаны сырттай бағалау
бойынша сынамаларды тіркеу
журналы**
**Журнал регистрации проб по межлабораторным сличительным испытаниям
и
внешней оценки качества**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Тір- кеу нөмірі Регис- тра- цион- ный номер	Кү- ні Да- та	Сы- нама ата- уы На- име- нова- ние про- бы	Зерт- теу түрі Вид ис- сле- до- ва- ния	Қай- дан жібе- рілді От- куда на- прав- лен	Қай- да жібе- рілді Ку- да на- прав- лен	Жіберіл- ген препа- раттар са- ны Количе- ство на- правлен- ных пре- паратов	НҚ-ға сәй- кес Нор- малар Нор- мы в соот- вет- ствии с НД	Зерт- те- удің нәти- жесі Ре- зульт- тат иссл- дова- ний	Нәтиже- лер сәй- кестігінің үлес сал- мағы Удель- ный вес совпада- ний ре- зультатов	Зерттеу жүргізген адам- ның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдай- да), қолы Фамилия, имя, отче- ство (при его наличии), подпись, проводивше- го исследование	Ес- кер- ту При- ме- ча- ние
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
137-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
137- қосымша

Приложение 137
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 137/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 137/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Зертханадағы аварияны тіркеу журналы
Журнал регистрации аварии в лаборатории

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Авария болған күні, сағаты	Аварияны анықтаған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы	Болған авария түрі	Қолданған шаралар	Зертхана меңгерушісінің қолы	Ескертпе
---------------	----------------------------	--	--------------------	-------------------	------------------------------	----------



Регистраци- онный номер	Дата и вре- мя аварии	Ф.И.О (при его наличии), должность специалиста обнаружившего аварию	Вид аварии	Приня- тые меры	Подпись заведующе- го лабораторией	При- меча- ние
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
138-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
138- қосымша

Приложение 138
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 138/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 138/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Емшек сүтін микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы

Журнал регистрации микробиологических исследований грудного молока

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Күні, уақыты (Дата, время)	Үлгіні жіберген ұйым	Т.А.Ә	Жасы	Диагноз, тексеріп қарау жиілігі

(Регистра- ционный номер)	Сы- нама алу (От- бора проб)	Зертханаға түсуі (Поступле- ния в лабо- раторию)	(Организация, направившая образец)	(ол болған жағдай- да) (Ф.И.О (при его наличии))	(Воз- раст)	Тұрғы- лықты мекен- жайы (Адрес прожи- вания)	(Диагноз, кратность обследова- ния)	Микробтар- дың жалпы өсу саны (МЖС) (Общее мик- робное число (ОМЧ))
1	2	3	4	5	6	7	8	

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Ішек таяқшалары тобы бактерияларына зерттеу											
Исследование на бактерий группы кишечных палочек											
Себілетін көлем (засева- мый объ- ем)		Кесслер ортасында өсу (рост на среде Кесслера)		Эндо ортасында өсу (рост на среде Эн- до)		Микроско- пия		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)		Байыту ортасы- нан себу (Высев со сре- ды обогащения)		Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)				МА- ШАнМС (КМАФ АнМ)	ІТТБ (БГКП)	Ста- фи- ло- кокк Ста- фи- ло- кокк	Зерттеу аяқтал- ған күн, зерттеу жүргізген адам- ның тегі, аты әкесінің аты (ол болған жағдай- да) қолы. Дата оканчания исследования Фамилия,имя,от- чество (при его наличии) под- пись лица прово- див шего иссле- дование
Се- біле- тін кө- лем (За- се- вае- мый объ- ем)	Сипатты колония- лар саны (Количе- ство ха- рактер- ных ко- лоний)	Себі- летін көлем (Засе- вае- мый объем)	Тығыз ор- тада өсу (Рост на плотных средах)	Ле- ци- ти- на- за	Мик- ро- ско- пия	Анаэ- робты жағдай- лардағы мальто- за (Маль- тоза в анаэроб- ных услови- ях)	Тер- мотұ- рақ- ты нук- леаза (Тер- мо- ста- биль- ная нук- леаза)				
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
139-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
139- қосымша

Приложение 139
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 139/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 139/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Парфюмерлік-косметикалық өнімдерді микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы

Журнал регистрации микробиологических исследований парфюмерно- косметической продукции

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Күні (Дата)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні, уақыты (Дата, время)			Үлгіні алу орны, объектісі (Объект, место отбора образца)	Зерттеу мақсаты (Цель исследования)
		Алынған (Отборан)	Зертханаға түсуі (Поступление лаборатории)	Зерттеудің басталуы (Начало исследования)		
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Микроорганизмдердің жалпы саны (Мезофильді-аэробты, факультативті-анаэробты), КТБ (Общее количество микроорганизмов (Мезофильно-аэробны, факультативно-анаэробных), КОЕ)		Candida alibicans	E. coli	Staphylococcus aureus	Pseudomonas aeruginosa	Басқа Другие	Зерттеу нәтижелері, зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда). (Результат исследования, дата окончания исследования, Ф.И.О. (при его наличии) лица, проводившего исследования)
Себу көлемі (Засеваемый объем)	Өскен колониялар саны (Количество выросших Колоний)						
8	9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
140-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
140- қосымша

Приложение 140
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген № 140/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 140/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____года № _____

**Тамақ және мал шаруашылығы өнімдеріндегі гормондардың қалдық
мөлшерін
анықтау бойынша микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований по определению
остаточных количеств гормонов в продуктах питания и животноводства**

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (Г.)

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, қолы дата, под- пись
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
141-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
141- қосымша

Приложение 141
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген № 141/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 141/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Жеке гигиена құралдарын микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы

**Журнал регистрации микробиологических исследований средств личной
гигиены**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Күні/ (Дата)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні, уақыты (Дата, время)			Үлгіні алу орны, объектісі (Объект, место отбора образца)	Зерттеу мақса- ты (Цель исследо- вания)
		Алы- нған (Отобо- ран)	Зертханаға түсуі (Поступление в лабо- раторию)	Зерттеудің баста- луы (Начало исследо- вания)		
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Enterobacteriaceae в 10 г	Staphylococcus aureus в 10 г	Pseudomonas aeruginosa в 10 г	Зең және ашыт- қы са- нырау- құлақта- ры КТБ/г (артық емес) (Плес- невые и дрожже- вые гри- бы КОЕ /г (не более))	Себу көлемі (Засе- вае- мый объем)	Өс- кен коло- ния- лар саны (Ко- личе- ство вы- рос- ших коло- ний)	Зерттеу нәтижелері, зертте- удің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) қолы. (Результат исследования, да- та окончания исследования, Ф.И.О. (при его наличии) Подпись лица, проводивше- го исследования)
8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
142-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
142- қосымша

Приложение 142
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі</p> <p>Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген № 142/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы</p> <p>Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>	<p>Медицинская документация Форма</p> <p>№ 142/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____</p>

**Балалар мен жасөспірімдерге арналған өнімдерді микробиологиялық
зерттеулерді тіркеу журналы**
**Журнал регистрации микробиологических исследований продукции,
предназначенной для детей и подростков**

Басталуы (Начат) « » 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) « » 20 ж. (г.)

Күні (Дата)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні, уақыты (Дата, время)		Үлгі алынған орын, объект (Объект, место отбора образца)	Зерттеу мақсаты (Цель исследования)	Ашытқылар, ашытқы тәрізді, зең саңырауқұлақтары, 1г. (1см2) өнімде (Дрожжи, дрожжеподобные, плесневые грибы, 1г. (1см2) продукция)		Энтеробактериялар тұқымдас бактериялар (1см2) 1г. өнімде / Бактерии семейство энтеробактерии, в 1г. (1см2) продукция	1г-дағы патогенді стафилакокктар (1см2) /өнімде (Патогенные стафилококки в 1г. (1см2) продукции)	1г-дағы жалған монас аэрогеноза (1см2) өнімде (Псевдомонас аэрогеноза в 1г. (1см2) продукции)	Зерттеу нәтижесі, зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Результат исследования, дата окончания исследования, Ф.И.О. (при его наличии), подпись лица, проводившего исследования)
		Алынған (Отбора)	Зертханаға қабылдаған (Поступление в лабораторию)			Себу көлемі (Засеваемый объем)	Өскен колониялар саны (Количество выросших колоний)				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
143-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
143- қосымша

Приложение 143
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министр- лігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген № 143/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 143/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Респуб- лики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Ойыншықтарды микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы

Журнал регистрации микробиологических исследований игрушек

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Күні	Тіркеу нөмірі	Күні, уақыты	Объект,	Зерттеу мақсаты	Микроорганизмдердің жал- пы саны
------	---------------	--------------	---------	--------------------	-------------------------------------

(Дата)	(Регистрационный номер)	(Дата, время)			үлгіні алу орны (Объект, место отбора образца)	(Цель исследования)	(мезофилді-аэробты факультативті-анаэробты) (Общее количества микроорганизмов (мезофильно-аэробно факультативно-анаэробных))	
		Іріктеп алынған (Отбора)	Зертханаға қабылдаған (Принят в лабораторию)	Зертханаға түскен (Поступление в лабораторию)			Себу көлемі (Засеваемый объем)	Өскен колониялар саны (Кол-во выросших колоний)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Ойыншықтардағы ашытқы, ашытқы тәрізді, зең саңырауқұлақтары, 1г. (1см2, 1см3) (Дрожжи, дрожжеподобные, Плесневые грибы, 1г. (1см2, 1см3) игрушек)		Ойыншықтардың 1граммдағы (1см2, 1см3) энтеробактериялар тұқымдас бактериялар (Бактерии семейства энтеробактерии в 1г. (1см2, 1см3) игрушек)	Ойыншықтардың 1 граммдағы (1см2, 1см3) патогенді стафилококктар, (Патогенные стафилококки в 1г. (1см2, 1см3) игрушек)	Ойыншықтардың 1 граммдағы (1см2, 1см3) жалған монас аэрогеноз (Псевдомонас аэрогеноза в 1г. (1см2, 1см3) игрушек)	Зерттеу нәтижелері, зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), . қолы (Результат исследования, дата окончания исследования, Ф.И.О (при его наличии), подпись лица, проводившего исследования)
Себу көлемі (Засеваемый объем)	Өскен колониялар саны (Количество выросших колоний)				
10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
144-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
144- қосымша

Приложение 144
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министр- лігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген № 144/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 144/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Респуб- лики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Бактерияларға қарсы препараттарға (сыртқы ортадан бөлінген
өсірінділерге)**

сезімталдықты анықтауды тіркеу журналы

**Журнал регистрации определения чувствительности к антибактериальным
препаратам
(культур выделенных из внешней среды)**

Күні (Дата)	Тіркеу нөмірі (Регистраци- онный номер)	Өсірінді- лердің ата- уы (Наимено- вание куль- туры)	Бөліну көзі (Источ- ник вы- деления)	Бөліну орны (Место выделе- ния)	Жіберген мекеме- нің атауы (Наименование на- правившего учре- ждения)	Антибиотиктер атауы/ наименование антибио- тиков
1	2	3	4	5	6	7
		Нәтижесі (Результат)				
Өсудің тежелу айма- ғы Зона подавления роста	- Сезімтал (S)/ Чувствитель- ный (S)	Сезімтал- дығы орта- ша (I) Умеренно чувстви- тельный	Резистентті (R) / Резистентный (R)	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдай- да), лауазымы және қолы (Ф.И.О. (при его наличии), должность и подпись лица проводившего исследования)		
8	9	10	11	12		

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2026 жылғы « » _____

№ ____ бұйрығына

145-қосымша

Қазақстан Республикасы

Қазақстан Республикасының

Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы " " _____ № _____

бұйрығына 145-қосымша

Приложение 145 к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 145/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 145/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

**Қанды ішсүзегі, А және В паратифі қоздырғышын анықтауға
микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований крови на
выявление возбудителя брюшного тифа, паратифа А и В**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж. (Г.)

Күні	Тіркеу нө- мірі					Себулер
						Высевы

Дата	Регистрационный номер	Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), мекен жайы, жұмыс орны Ф.И.О. (при его наличии), адрес, место работы	Қанды ақелген адамның Т.А. Ә.(ол болған жағдайда), луазымы қолы Ф.И.О. (при его наличии), должность и подпись лица до- ставившего кровь	Зерттеу мақсаты Цель исследования	Температуралық тәртібі Температурный режим	I	II	III	IV	V
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Продолжение таблицы

Микро- скопия	Сәйкестенді- ру тесттері Тесты иденти- фикации	Нәтиже Результат	Талдау аяқтал- ған күн Дата оконча- ния анализа	Нәтиже берілген күн, ай, жыл Дата выдачи ре- зультата	Зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), Ф.И.О. (при его наличии), подпись лица про- водившего исследование
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____

№ ____ бұйрығына
146-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____ № ____
бұйрығына 146-қосымша

Приложение 146
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен Бекітілген № 146/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 146/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Висцеральды және тері лейшманиозына зерттеулерді тіркеу журналы Журнал регистрации исследований на висцеральный и кожный лейшманиоз

Басталуы (Начат) " " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регист- рацион- ный номер	Зертте- лушінің Т.А.Ә. (ол болған жағдай- да),	Ту- ған жы- лы	Ме- кен – жайы Ад- рес про-	Тексе- руге жі- берген мекеме Учре- ждение напра-	Үлгіні тексеру- ге қа- былдау күні, айы, жылы	Диа- гно- зы, ауыр- ған	Зерт- те- удің әдісі Ме- тод ис-	Зерттеу нәти- желері Результат ис- следования	Нәти- же- лер бері- лген	Зерттеу жүр- гізген адам- ның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағ- дайда), қолы	Ес- керт- пе- При- ме- ча- ние
									Көр- сет-		

	Ф.И.О. (при его наличии) об- следуе- мого	Год рожд- де- ния	жи- ва- ния	вившее на об- следо- вание	Дата приема образца на ис- следо- вание	күні, айы, жылы Диа- гноз, дата забо- лева- ния	сле- до- ва- ния	Көр- сет- кіш По- ка- за- тель	кіш Пока- за- тель Бас- қа- лар (көр- сеті- ңіз) Про- чие (ука- зать)	күн, ай, жыл Дата выда- чи ре- зуль- татов	Фамилия, имя, отче- ство (при его наличии), , подпись, про- водившего исследование	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Аяқталуы (Окончен) « » 20 ж. (г.)

р/с № (№п /п)	Кү- ні (Да- та)	Тап- сырыс беру- ші (Заказ- чик)	Зерттеу, өл- шеу мақса- ты (Цель иссле- дования, за- меров)	Өлшеудің жалпы саны (Общее ко- личество за- меров)	Гамм- сәуле- лену (Гам- ма-из- луче- ние)	Бета- сәуле- лену (Бета- излу- чение)	Альфа сәуле- лену (Аль- фа-из- луче- ние)	Орындаушының Т. А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О (при его наличии), исполни- теля)	Хаттама- ны беру күні (Дата вы- дачи про- токола)	Ес- керт- пе (При- меча- ние)
					мәні (значе- ние)	мәні (зна- чение)	мәні (значе- ние)			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
148-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
148- қосымша

Приложение 148
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген № 148/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 148/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Мұнай өнімдерін қайта өңдеу мен арнайы сұйықтықтар үлгілерін зерттеу
нәтижелерін тіркеу және беру журналы**
**Журнал регистрации и выдачи результатов исследования образцов
переработки нефтепродуктов и специальных жидкостей**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Реттік нө- мірі (Порядко- вый номер)	Үлгіні алу актісі (Акт отбора образца)	Зерттеу жүргізіл- ген күн (Дата проведения исследования)	Үлгі алынған орын, ұйымның атауы (Место отбо- ра, наименование организации)	Үлгінің атауы (Наименова- ние образца)
1	2	3	4	5

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)			Зерттеулер әдістері- не НҚ (НД на методы ис- следований)	Зерттеу жүргізген адамның қолы (Подпись лица, проводившего исследование)
Көрсеткіш атауы (Наименование по- казателя)	Анықталған шоғырлану (Обнаруженная кон- центрация)	Нормативтік көр- сеткіштер (Нормативные по- казатели)		
6	7	8	9	10

<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген №149/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы</p> <p>Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>	<p>Медицинская документация Форма №149/у</p> <p>Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__</p>

Тір- кеу Нө- мірі Регис- тра- ци- он- ный но- мер	Ба- қы- лау жүр- гіз- ген күні Да- та кон- тро- ля	ЕПМ атауы, ка- бинет саны/ап- парат саны/жү- мыс орны саны Наименование ЛПУ, кол-во кабинетов/ап- паратов/раб мест	Өл- шеу жүр- гізіл- ген орын Ме- сто про- веде- ния замер- а	Рентген- қондыр- 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- зультаты из- ме- ре- ний	Өлшем- нен ас- қан өл- шемдер саны Количе- ство за- меры с превы- шением	Өл- шеу нәти- же- лері Ре- зультаты из- ме- ре- ний	Хат- та- ма нө- мірі Но- мер про- то- кола	Өлшеу жүр- гізген, Т.А. Ә. (ол болған жағ- дайда), ко- лы Ф.И.О. (при его нали- чии) прово- дившего за- мер, под- пись
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____

№ ____ бұйрығына
150-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____ № ____
бұйрығына 150-қосымша

Приложение 150
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №150/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма №150/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № ____

Экспресс-зерттеу нәтижелерін тіркеу және беру журналы Журнал регистрации и выдачи результатов экспресс-исследований

Басталуы (Начат) " " _____ 20____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20____ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1.

2.

Тіркеу нө- мірі Регистраци- онный но- мер	Зерттеу күні мен уақыты. Дата и время исследования	Объектінің атауы, ор- наласқан жері Наименование, место нахождение объекта	Үлгі атауы Наимено- вание об- разца	Зерттеу нәтижесі Результат исследова- ния	Жүргізген адамның лауызымы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) және қолы Ф.И.О (при его наличии), должность и подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2026 жылғы « » _____

№ ____ бұйрығына

151-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы " " _____ № _____

бұйрығына

151-қосымша

Приложение 151
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №151/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 151/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № ____

Сынаққа жарамсыз сынамаларды (үлгілерді) тіркеу (бракераж) журналы
Журнал регистрации образцов (проб) не пригодных к испытанию
(бракеражный)

Басталуы (Начат) " " _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20____ ж. (г.)

Тір- кеу но- мірі	Кү- ні Да- та	Сы- на-	Сынаманы жеткізген Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), /жіберген мекеме атауы	Бракераж себебі (матери- ал сапасы, жеткізу ереже- лерін бұзу және т. б. Сәй- кессіздіктерді атау)	Зерттелушінің Т. А.Ә. (ол болған	Қа- был- дан- ған	Бракеражға жауапты, Т.	Ес- керт- пе
----------------------------	------------------------	------------	---	---	-------------------------------------	----------------------------	---------------------------	--------------------

Регистрационный номер		ма атауы Наименование об-раз-ца	Наименование организации Ф.И.О (при его наличии), подпись доставший про-бу	Причина бракеража (Перечислить нарушения, по качеству материала, правилам доставки и т.д)	жағдайда), сына-ма, ошақ, мекен-жайы Ф.И.О. (при его наличии) больно-го человека, мате-риал, очаг, адрес	ша-ра-лар При-ня-тые ме-ры	А.Ә. (ол болған жағ-дайда), Ф.И.О. (при его нали-чии) ответс-венный за бракераж	При-ме-ча-ние
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
152-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
152- қосымша

Приложение 152
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №152/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 152/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №__

Сәйкессіздіктерді және түзету іс-қимылдарын жүргізу жөніндегі іс-шараларды тіркеу журналы

Журнал регистрации несоответствий и мероприятий по проведению корректирующих действий

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрат- сионный номер)	Тол- ты- рыл- ған күні (Да- та за- пол- не- ния)	Анықтал- ған сәйкес- сіздік (Обнару- женное несоответ- ствие)	Сәйкессіздіктер- дің орын алған уақыты мен жері (Место и время возникновения несоответствия)	Сәйкес- сіздік- тің себе- бі (Причи- на несо- ответ- ствия)	Түзету іс- қимылы (Коррек- тирую- щие дей- ствия)	Өткі- зу мерзі- мі (Сро- ки про- веде- ния)	Жүргізуге жауапты (Ответ- ственный за прове- дение)	Орын- далуы туралы белгі (Отмет- ка о вы- полне- нии)	Қабылданған іс-қимылдар- ды талдау және бағалау (Анализ и оценка пред- принятых дей- ствий)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
153-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
153- қосымша

Приложение 153
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №153/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 153/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

Бактерицидтік шамның жұмыс істеген уақытын есепке алу журналы

Журнал учета отработанного времени бактерицидной лампы

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Бөлім-ше (ка-)		Қосу уақы-		Жұмыс істеген уақыты, сағ.			
----------------	--	------------	--	----------------------------	--	--	--

бинет) атауы (Назва- ние отделе- ния (кабине- та))	Шамның орнатыл- ған күні (Дата установ- ки лам- пы)	ты, сағ. (Время вклю- чения, час)	Өшіру уақыты, сағ. (Время выклю- чения, час)	(Количество от- работанного времени, час)	Шамның қалдық жану ұзақтығы, сағ (Оставшаяся продолжитель- ность горения лампы, час)	Жауапты қыз- меткердің қо- лы (Подпись от- ветственного персонала)	Ес- керт- пе (При- меча- ние)
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
154-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
154- қосымша

Приложение 154
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 154/е нысанды медициналық құ- жаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 154/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №__

**Тоңазыту жабдығының, тоңазыту және мұздату бөлмелерінің немесе
камераларының температуралық режимін есепке алу журналы**

**Журнал учета температурного режима холодильного оборудования,
холодильных и морозильных комнат или камер**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Күні (Дата)	Термометр көрсеткіштері (Показания термометра)		Өңдеу күні (Дата обработки)	Жауапты қызметкердің қолы (Подпись ответственного работника)	Ескертпе (тоңазыту жабдығының электр энергиясының өшірілгені, ерітілгені, ақаулары туралы белгілер) (Примечание (отметки об отключении электроэнергии, размораживании, неисправности холодильного оборудования))
	Таңертең (утром)	Кешке (вечером)			
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
155-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
155- қосымша

Приложение 155
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 155/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 155/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от "___" _____ 2021 года № ____

Тазалау жүргізуді тіркеу журналы
Журнал регистрации проведения уборки

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Кү- ні	Үй-жайдың атауы	Жүргізу уақыты	Дез.құралдардың уақыт экспозициясы	Кварцтау уақыты	Жауапты	Ес- кертпе
---------------	-----------	--------------------	-------------------	---------------------------------------	--------------------	---------	---------------

Регистрацион- ный номер	Да- та	Название по- мещения	Часы про- ведения	Время экспозиции дез. средств	Время кварцева- ния	Ответственный за проведение	Приме- чание
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
156-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
156- қосымша

Приложение 156
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген №156/е нысан- ды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 156/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от "___" _____ 2021 года №

Медициналық қалдықтарды күнделікті есепке алу журналы

Журнал ежедневного учета медицинских отходов

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Кесте

Таблица

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні дата	"А" сыныбы* (м3) класс "А"*(м3)		"Б" сыныбы \класс "Б"			
				Биологиялық/ анатомиялық қалдықтар (кг) Биологические/ анатомические отходы (кг)			
		Пайда болды образовано	Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)	Пайда болды образовано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)
					Өртеу арқылы сжиганием	Өртемеу әдістерімен не сжигающимися методами	
1	2	3	4	5	6	7	8
"Б" класс класс "Б"							
Өткір, үшкір қалдықтар (кг) Острые, колющие отходы (кг)				Өзге де (кг) Прочие (кг)			
Пайда болды образовано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратқан) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)	Пайда болды образовано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)
	Өртеу арқылы сжиганием	Өртемеу әдістерімен не сжигающимися методами			Өртеу арқылы сжиганием	Өртемеу әдістерімен не сжигающимися методами	
9	10	11	12	13	14	15	16

*"А" сыныбы қалдықтарының пайда болу көлемі тоқсан сайын, жарты жылдықтың және жылдың қорытындысы бойынша, ТҚҚ қалдықтарын әкетуге арналған жүкқұжатына сәйкес толтырылады

* показатели объемов образования отходов класса "А" заполняются ежеквартально, по итогам полугодия и года, согласно накладным на вывоз отходов ТБО

Кестенің жалғасы продолжение таблицы

"В" сыныбы											
класс "В"											
Биологиялық/ анатомиялық қалдықтар (кг)				Өткір, үшкір қалдықтар (кг)				Өзге де (кг)			
Биологические/ анатомические отходы (кг)				Острые, колющие отходы (кг)				Прочие (кг)			
Пай- да бол- ды об- ра- зо- вано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты)		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді	Пай- да бол- ды об- ра- зо- вано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты)		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді	Пай- да бол- ды об- ра- зо- вано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты)		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді
	Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения				Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения				Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		
	Өртеу арқылы сжиганием	Өртеу әдістерімен не сжиганием методами			Өртеу арқылы сжиганием	Өртеу әдістерімен не сжиганием методами			Өртеу арқылы сжиганием	Өртеу әдістерімен не сжиганием 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)			
Пай-да бол-ды	Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді	Пай-да бол-ды	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты)	Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді	Пай-да бол-ды	Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді Передано сторонникам на	Пай-да бол-ды	Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді

об- ра- зо- вано	Передано сторон- никам на обезвре- живание (утили- зацию)	об- ра- зо- вано	Обезврежено (ути- лизировано) самим объектом здраво- охранения		Передано сторон- ним организациям на обезвреживание (утилизацию)	об- ра- зо- вано	обезврежива- ние (утилиза- цию)	об- ра- зо- вано	Передано сторонни- кам на обез- вреживание (утилиза- цию)
			Өр- теу ар- қы- лы сжи- га- ни- ем	Өртемеу әдістері- мен не сжигаю- щими ме- тодами					
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
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
157-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
157- қосымша

Приложение 157
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген №157/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 157/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__

Өнім берушілер мен олар жеткізетін өнімді есепке алу, бағалау журналы

Журнал учета, оценки поставщиков и поставляемой ими продукции

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Реги-	Тол- тыры- лған	Өнім бе- рушінің атауы На-	Сатып алына- тын өнімнің атауы Наиме-	Өті- нім №	Ба- ға- сы,	Өнім берушімен жұмыс істеу кезінде жақсарту серпіні Динамика на	Ке- піл- дік	Са- па- сы	Жеткі- зудің сенім-	Таң- дау нәти-
---------------------------	-----------------------	----------------------------------	---	------------------	-------------------	---	--------------------	------------------	---------------------------	----------------------

страци- онный номер	күні Дата запол- нения	именова- ние по- ставщика	нование покупа- емой продук- ции	және күні № и дата заявки	тең- ге Це- на, тең- ге	улучшение при работе поставщиком	Га- ран- тии	Ка- че- ство	ділігі На- дежно- сть по- ставок	жесі Ре- зульт- тат вы- бора
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
158-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
158- қосымша

Приложение 158
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №158/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 158/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____

**Иондаушы сәулелену көздерін пайдаланатын шаруашылық жүргізуші
субъектілерді және радиоактивті заттардың қозғалысын есепке алу журналы**

**Журнал учета хозяйствующих субъектов, использующих источники
ионизирующего излучения и движения радиоактивных веществ**

1. Объектілер тізімі/Список объектов

--	--	--	--	--

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Шаруашылық жүргізуші субъектінің атауы Наименование хозяйствующего субъекта	Объектінің мекен-жайы Адрес объекта	Министрлік (ведомство) Министерство (ведомство)	Радияциялық қауіпсіздікке жауапты адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) және телефоны Фамилия, имя, отчество (при его наличии), контактный телефон ответственного за радиационную безопасность
1	2	3	4	5

2. Жұмыс парақтары әр объектіге ашылады

Рабочие листы заводятся на каждый объект

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Изотоптың атауы Наименование изотопа	Алғашқы белсенділі, өлшеу мерзімі (Кюри, /а) Начальная активность, дата измерения	Төлқұжаты бойынша көздің нөмірі Номер источника по паспорту	Контейнердің нөмірі (радиоизотоптық аспаптар үшін) Номер контейнера (для радиоизотопных приборов)	Түскен күні Дата поступления	Қызмет ету мерзімі(қай жылға дейін) Срок службы (до какого года)	Қайда берілгені немесе көмілгені туралы белгі Отметка о передаче или захоронении	Ескертпе Примечание
6	7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
159-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
159- қосымша

Приложение 159
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 159/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 159/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 Регистрация	Күні, айы, жылы	Шаруашылық субъектісінің, ұйымның атауы	"А" тобы персоналының Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)	Дозиметрдің (кассета-ның) нөмірі	Құралдың көрсеткіштері	Қайта есептеу коэффициенті	Мөлшер, мЗв	Дозимет-
---------------------------------	-----------------------	---	---	----------------------------------	------------------------	----------------------------	-------------	----------

онный номер	Дата	Наименование хозяй- ствующего субъекта, организации	Ф.И.О (при его на- личии), персонала группы "А"	Номер дози- метра (кас- сеты)	Показа- ния при- бора	Коэффици- ент пере- счета	До- за, мЗв	ри- стің Қолы Под- пись дози- мет- риста
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
160-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
160- қосымша

Приложение 160
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 160/е нысанды медициналық құ- жаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 160/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №__

**Полимеразды-тізбекті реакция (ПТР) әдісімен генетикалық түрлендірілген
объектілердің (ГТО) болуына шикізат пен тамақ өнімдерінің үлгілерін
зерттеулерді тіркеу және олардың нәтижелерін беру
журналы**

Журнал регистрации образцов и выдачи результатов исследования сырья и

**пищевых продуктов на содержание генетически модифицированных
объектов (ГМО) методом полимеразно-цепной реакций
(ПЦР)**

Басталды (Начат) «__» _____ 20__ ж.(г.)

Аяқталды (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая
нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Тір- кеу нөмірі (Регис- тра- цион- ный но- мер)	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, зерттеуді жүргізген адамның лауызымы, Т. А.Ә. (ол болған жағдайда), және қолы (Дата окончания исследования, должность, Ф:И:О (при его нали- чии), и подпись лица, проводивше- го исследование)	Нәти- же беріл- ген күні (Дата выда- чи ре- зульт- тата)
	Үл- гі- лер- ді алу (От- бо- ра об- раз- цов)	Зертха- наға түсу (По- ступле- ния в лабора- торию)	Зерт- те- удің ба- ста- луы (На- чала ис- сле- дова- ния)			Сапа- лық көр- сеткіш (Каче- ствен- ный пока- за- тель)	Сан- дық көрсет- кіш (Коли- че- ствен- ный показа- тель)		
1	2	3	4	5	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
161-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
161- қосымша

Приложение 161
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 161/е нысанды медициналық құ- жаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 161/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №__

Москит имаголары санының маусымдық серпінін есепке алу журналы
Журнал учета сезонной динамики численности имаго москитов

_____ облысы
(области),
(в районе)

ауданындағы елді мекеннің атауы (наименование населенного пункта)

20 ж. (г.)

Есептеу тәсілі (үй-жайларда жабысқақ бетте, іnniң алдына қойылған құйғыш 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	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ	1	2	3	см
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

кестенің жалғасы (продолжение таблицы)

Он күндік * және орташа айлық (бұдан әрі - ОА) саны (Подекадная* и среднемесячная (далее-СМ) численность)											Орташа маусымдық көрсеткіш Среднесезонный показатель	
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь				
1	2	3	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ	
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

* Әрбір он күндікті 2 кіші бағанға бөлеміз: алымында - москиттердің барлық саны, бөлгішінде - 1 жабысқақ беттегі немесе 1 ұстағыштағы

Ескертпе: есепке алу үй-жайлар типі бойынша жүргізіледі (тұрғын, шаруашылық, мал тұратын), ашық табиғатта

*Каждую декаду делим на две подграфы: в числителе – всего москитов, в знаменателе – на 1 липкий лист или на 1 ловушку.

Примечание: учет проводится по типам помещений (жилые, хозяйственные, скотные), в открытой природе

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
162-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
162- қосымша

Приложение 162
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » мамырдағы № ____ бұйрығымен бекітілген № 162/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 162/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » ____ 20 ____ года № ____

**Аумақтардағы барлап зерттеп-қарау нәтижелері бойынша кене энцефалитін
тасымалдаушы иксод кенелердің санын есепке алу журналы
Журнал учета численности иксодовых клещей-переносчиков клещевого
энцефалита по результатам рекогносцировочных обследований на
территориях**

_____ облысы (области) _____ ауданы (района)

				Малды тексеру
--	--	--	--	---------------

Ауданның, ландшафты-климаттық аймақтың атауы, маршруттың нөмірі (Наименование района, ландшафтно-климатической зоны, номер маршрута)	Тексеру күні (Дата обследования)	Тексеру көлемі, км-мен (Объем обследования в км)	Ашық аумақтарды тексеру (Обследование открытых территорий)		(Обследование скота)			
			Тексерілген аумақтың өсімдік жамылғысынан жиналған кенелер (Собрано клещей с растительного покрова обследованной территории)	Оның ішінде түрлік тиесілігі бойынша (В том числе, по видовой принадлежности)	Қаралған ірі қара мал (Осмотрено крупного рогатого скота)	Оның ішінде кене басқан мал (ІҚМ және ҰМ) (В том числе заклещеванного скота (КРС и МРС))	Жиналған кенелер (Собрано клещей)	Оның ішінде түрлік тиесілігі бойынша (В том числе, по видовой принадлежности)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Барлық жиналған кенелер (Всего собрано клещей)	Оның ішінде түрлік тиесілігі бойынша (В том числе, по видовой принадлежности)	Зертханаға зерттеуге жіберілген кенелер (Түтікшелер саны, әр түтікшеде қанша дана, GPS - деректер СЕ, ШБ) (Направлено клещей на исследование в лабораторию (Количество пробирок, Сколько штук в каждой пробирке, GPS-данные СИ, ВД))	Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)	
			Патогенді агенттер бөлінді (Выделены патогенные агенты)	Оң партиялардың пайызы (Процент положительных партий)
10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
163-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
163- қосымша

Приложение 163
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » мамырдағы № ____ бұйрығымен бекітілген № 163/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 163/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » ____ 20 ____ года № ____

**Қансорғыш буынаяқтылардың дернәсілдерімен және имагосымен күрес
бойынша жұмыстарды есепке алу журналы**
**Журнал учета работ по борьбе с личинками и имаго кровососущих
членистоногих**

Елді мекеннің атауы (Наименование населенного пункта)

облысы (области) _____
ауданы (в районе) _____

Өңдеу орны (су қоймасы) (Место обработки (водоем))	Өңдеуге дейінгі тексеру күні (Дата обследования до обработки)	Өңдеуге дейінгі буынаяқтылардың саны (түрі, есепке алу бірлігі) (Численность членистоногих до обработки (вид, единица учета))	Өңдеуге көрсетілмдер (Показание к обработке)	Өңдеу күні (Дата обработки)	Препараттың атауы, мөлшері, улардың шығысы (Наименование препарата, дозировка, расход ядов)	Өңделген алаң (Обработанная площадь)	Тиімділікті бақылау (Контроль эффективности)			
		Дернәсілдер (Личинки)	Имаго				Өңдеуден кейінгі тексеру күні (Дата обследования после обработки)	Өңдеуден кейінгі саны (түрі, есепке алу бірлігі) (Численность после обработки (вид, единица учета))		Тиімділік пайызы (Процент эффективности)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Елді мекеннің атауы, объект Наименование населенного пункта, объект	Үй-жай-дың түрі Тип помещения	Есепке алу күні Дата учета	Есепке алу тәсілі, үлгілердің саны, есеп бірлігі Способ учета, количество образцов, единица учета	Ауланған жәндіктер саны Количество выловленных насекомых	Орта көрсеткіш Средний показатель	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7

* Ескертпе: безгек масаларына, синантропты шыбындар мен шыбын-шіркейлерге жеке жүргізіледі
Примечание: вести отдельно для малярийных комаров, синантропных мух и москитов

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
165-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
165- қосымша

Приложение 165
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №165/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 165/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Анофелес дәрнәсілдері санының маусымдық серпінін тіркеу журналы

Журнал регистрации сезонной динамики численности личинок Анофелес

Елді мекеннің атауы (Наименование населенного пункта)

облысы (области) _____ ауданында (районе)

Масаның түрі (Вид комара)

есептеу әдісі (метод учета)

күні (дата) « ____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

Су қоймасы (Водоем)	Он күндік* және орташа айлық (бұдан әрі – ОА) саны (Подекадная* и среднемесечная (далее – СМ) численность)											
	Сәуір (Апрель)				Мамыр (Май)				Маусым (Июнь)			
	1	2	3	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Он күндік* және орташа айлық (бұдан әрі – ОА) саны (Подекадная* и среднемесечная (далее – СМ) численность)												Маусым дық орташа көрсеткіш (Среднесезонный показатель)
Шілде (Июль)				Тамыз (Август)				Қыркүйек (Сентябрь)				
1	2	3	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ	
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
												26

* Әрбір онкүндікті 2 кіші бағанға бөлеміз: алымында – барлық дернәсілдер, бөлгішінде – бір сынамаға келетін саны; Бір м² су бетіне келетін санды қайта есептеуді зертханалық жағдайда жедел талдау мен материалды жинақтау барысында жүргізу керек.

*Каждую декаду делим на две подграфы: в числителе – всего личинок, в знаменателе – численность на одну пробу; Перерасчет численности на один м² водной поверхности осуществлять в лабораторных условиях при оперативном анализе и обобщении материала.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
166-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
166- қосымша

Приложение 166
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №166/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 166/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Қансорғыш буынаяқтылардың түрлік құрамын зерделеу нәтижелерін тіркеу
журналы**
**Журнал регистрации результатов изучения видового состава кровососущих
членистоногих**

(В) _____ ауданында (районе), _____ облысында (области)

Елді мекеннің атауы	Буынаяқтылар түрінің атауы мен олардың даму фазалары	Түрі мен айы бойынша жи- налған түрлерінің саны	Барлық жиналғаны
---------------------	---	--	------------------

Наименование населенного пункта	Наименование вида членистонаго и фазы его развития	Численность собранных экземпляров по видам и месяцам						Всего собрано	
		IV	V	VI	VII	VIII	IX	Абсолют-тік санмен В абсолют-ных числах	Ортақ саннан алынған пайызбен В процентах от общего числа
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Приложение 167
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
167- қосымша

Приложение 167
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №167/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 167/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Жәндіктер мен кенелердің шағуына (шабуылына) байланысты жүгінген
адамдарды тіркеу журналы**
**Журнал регистрации обратившихся с укусами (нападением) насекомых и
клещей**

Басталуы (Начат) _____ 20 ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) _____ 20 ж. (г.)

Тір- кеу нө- мірі Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер	ЕПМ- де кене шағу жағ- дайы- ның тір- кел- ген күні Дата реги- стра- ции слу- чая укуса кле- ща в ЛПУ	Тегі, аты, әкесі- нің аты (ол болған жағ- дайда), Фами- лия, имя, отче- ство (при его на- ли- чии),	Ту- ған күні Да- та рожд- е- ния	Ауыл- дық округ- тің, ел- ді ме- кеннің, учаске- нің ата- уы Наиме- нова- ние сель- ского округа, насе- ленно- го пунк- та, участка	Үй ме- кен- жайы До- маш- ний адрес	Жұ- мыс, оқу орны, бала- лар ұйы- мы- ның атауы Место рабо- ты, уче- бы, на- имено- вание дет- ской орга- низа- ции	Кенелердің ша- буыл жасау ау- мағы, орны ((ашық аумақ- та, мал үй-жайы- нда, жайы- лымда, аула ау- мағында)) Территория, место нападе- ния клещей (на открытой тоер- ритории, скот- ное помеще- ние, пастбище, на территории двора)	дене- де кене- ні та- бу және оны алу күні дата обна- ру- же- ния кле- ща на теле и его сня- тия	кенені зерт- хана- ға жет- кізу және кенені зерт- теу кү- ні до- ставка клеща в лабо- рата- рию и дата иссле- дова- ния клеща	Тек- серу нәти- жесі Ре- зуль- тат Об- сле- дова- ния	кене- лер- дің түр- лері, жы- нысы Видо- вая и поло- вая при- над- леж- ность кле- щей	Орын- дау- шы- ның қолы, тегі, аты, әкесі- нің аты (ол болған жағ- дайда), Фами- лия, имя, отче- ство (при его на- ли- чии), долж- ность испол- нителя
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
168-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
168- қосымша

Приложение 168
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « _____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №168/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 168/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

**Тамақ өнімдерінің үлгісін тіркеу және (жоғары дәлдіктегі жабдықта) зерттеу
нәтижелерін беру журналы**

**Журнал регистрации образца и выдачи результатов исследований пищевых
продуктов
(на высокоточном оборудовании)**

Басталуы (Начат) «__»_____20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__»_____20__ ж. (г.)

Тір- кеу нөмірі (Регис- тра- цион- ный но- мер)	Сы- на- ма алу күні (Да- та от- бо- ра об- раз- ца)	Сы- на- ма- ның түс- кен күні (Да- та по- ступ- ле- ния)	Хатта- маның толты- рылған күні (Дата состав- ления прото- кола)	Сынама алу орны, ұйым- ның мекен- жайы және атауы (Место отбо- ра, адрес и на- именование организации)	Үлгі- нің ата- уы На- име- нова- ние об- разца	Физика- лық-хи- миялық көрсеткі- штер (Физико- химиче- ские по- казатели)	Анық- талған шоғыр- лану (Обна- ружен- ная концен- трация)	Өнім- нің НҚ бойын- ша норма- сы (Нор- ма по НД на про- дукт)	Анық- тау әдісіне арнал- ған НҚ (НД на ме- тод опре- деле- ния)	Зерттеу жүргізген адамның қолы, Т. А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О (при его на- личии), подпись лица проводивше- го исследование)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
169-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
169- қосымша

Приложение 169
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 169/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 169/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

**Дайын тағамдардың үлгілерін және рациондардың құнарлылығын
зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы**
**Журнал регистрации образцов и результатов исследования готовых
блюдов, рационов на калорийность**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

	Күні			Порция салмағы	Салмағы
--	------	--	--	----------------	---------

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Дата		Үлгі алынған объектінің атауы (Наименование объекта, где взят образец)	Тағамдардың атауы (Наименование блюд)	(Вес порции)		Вес		
	Дайындалған (Выработки)	Түскен (Поступление)			Салынуы бойынша (По раскладке)	Іс жүзінде (Фактически)	Тығыз бөлігі (Плотной части)	Ет, балық (Мясо, рыба)	Гарнир (Гарнира)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Химиялық құрамы (грамм) (Химический состав) (грамм)											
Құрғақ заттар (Сухие вещества)			Ақуыздар және көмірсулар (Белки и углеводы)			Бөлек (Раздельно)					
Тарату мәзірі бойынша (По меню раскладке)	Ең аз рұқсат етілген (Минимально допустимые)	Іс жүзінде (Фактически)	Тарату мәзірі бойынша (По меню раскладке)	Ең аз рұқсат етілген (Минимально допустимые)	Іс жүзінде (Фактически)	Ақуыздар (Белки)			Көмірсулар (Углеводы)		
						Тарату мәзірі бойынша (По меню раскладке)	Ең аз рұқсат етілген (Минимально допустимые)	Іс жүзінде (Фактически)	Тарату мәзірі бойынша (По меню раскладке)	Ең аз рұқсат етілген (Минимально допустимые)	Іс жүзінде (Фактически)
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Майлар (Жиры)			Құнарлылығы (Калорийность)			Ауытқулар (%) (Отклонение (%))				Құрамындағы С витамині (Содержание витамина С)	Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) проводившего исследования)
Тарату мәзірі бойынша (По меню раскладке)	Ең аз рұқсат етілген (Минимально допустимые)	Іс жүзінде (Фактически)	Теориялық (Теоретически)	Ең аз рұқсат етілген (Минимально допустимые)	Іс жүзінде (Фактически)	Ақуыздар (Белки)	Майлар (Жиры)	Көмірсулар (Углеводы)	Құнарлылығы (Калорийность)			
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
170-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
170- қосымша

Приложение 170
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 170/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 170/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____года № _____

**Жер үсті су объектілері суының және сарқынды сулардың үлгілерін зерттеу
нәтижелерін есепке алу
журналы**

**Журнал учета результатов исследования образцов
воды поверхностных водных объектов и сточных вод**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зертханалық нөмірі Лабораторный номер	Нәтиже берілген күн Дата выдачи результата	Үлгі алынған оры н және мекен-жай Место отбора пробы и адрес	Температурасы оС Температура оС		Иісі Запах			Түстілігі, градустпен Цветность в градусах	Түсі (сипаттау) Цвет (описать)
				Ауаның Воздуха	Судың Воды	Қарқындылығы баллмен Интенсивность в баллах	Сипаты (сипаттау) Характер (описать)	Араластыру кезіндегі жоғалу шегі Порог исчезновения при разведении		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Түсінің жоғалу шегі (араластырғанда)	Лай, тұнба (сипаттау)	Лайлылығы	Мөлдірлігі, см	Қалқып жүрген ко-спалар	Қалқыма-лы заттар мг/дм3	pH	Ерітілген оттегі мг /дм ³	ОБТ БПК – 5 мгО2 /дм3	ОБТ БПК – 20 мгО2 /дм3	Перманганатты тотығушылық мг/л	ХПК мг О2 /дм3	Жалпы каттылық мг-экв./л (Общая жесткость)
Порог исчезновения цвета (при разведении)	Муть, осадок (описать)	Мутность мг/л	Прозрачность в см	Плавающие примеси	Взвешенные вещества		Растворенный кислород мг /дм3			Окисляемость перманганатная мг/л		
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Жалпы минералдау (күрғақ қалдық) (Общая минерализация (сухой остаток)), мг/л	Темір, мг/л (Железо)	Хлоридтер, мг/л (Хлориды)	Сульфаттар, мг/л (Сульфаты)	Мұнай өнімдері, мг/л (Нефтепродукты)	Азот			Хром, мг/л		Фтор
					Аммиака, мг/л	Нитриттердің (нитритов), мг/л	Нитраттардың (Нитратов), мг/л	Cr3+	Cr6+	
25	27	28	29	30	31	32	33	35	36	37

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

[illegible]



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 04.09.2026
Сактау күні 15.09.2026
Дата редакции 04.09.2026
Дата скачивания 15.09.2026

38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
171-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
171- қосымша

Приложение 171
к приказу Министра
здравоохранения Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 171/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 171/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Орталықтандырылған және орталықтандырылмаған сумен жабдықтаудың ауыз су үлгілерін зерттеу нәтижелерін есепке алу журналы

Журнал учета результатов исследования образцов питьевой воды централизованного и нецентрализованного водоснабжения

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Бен(а)пи- рен, мг/л	Цианид, мг/л	Калий, мг/л	Натрий, мг/л	Барий, мг/л	Кальций, мг/л	Магний, мг/л	Гидрокарбо- наттар (Гидрокарбо- наты)	Сілтілік (Щелоч- ность)	СБАЗ (СПАВ)
------------------------	-----------------	----------------	-----------------	----------------	------------------	-----------------	--	-------------------------------	----------------

46	47	48	49	50	51	52	53	54	55
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Жергілікті жағдайларға тән ерекше заттар, мг/л Специфические вещества, характерные для местных условий	Үлгіде жүргізілген зерттеулер саны (Количество исследований, проведенных в образце)	Зерттеу нәтижелері берілген күн (Дата выдачи результатов исследований)	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), колы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование)
56	57	58	59

Ескертпе (Примечание):

1) үлгіге зерттеудің барлық түрлері тіркелетін бірыңғай зертханалық нөмір беріледі (образцу придается единый лабораторный номер, под которым регистрируются все виды исследования);

2) су құбырларының тарату желісінің, орталықтандырылған немесе орталықтандырылмаған сумен жабдықтау көздерінің ауыз суын зерттеу көлемі үлкен болғанда жеке журналдар жүргізуге жол беріледі (при большом объеме исследований питьевой воды из разводящей сети водопроводов, источников централизованного и децентрализованного водоснабжения допускается ведение самостоятельных журналов)

Жерүсті су объектілерінің су үлгісін зерттеу көлемі үлкен болғанда жеке журнал жүргізуге жол беріледі. (При большом объеме исследований образца воды поверхностных водных объектов допускается ведение самостоятельного журнала.)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
172-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
172- қосымша

Приложение 172
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ № ____бұйрығымен бекітілген № 172/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 172/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____года № _____

Топырақ үлгілерін және зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы
Журнал регистрации образцов и результатов исследования почвы

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы(Окончен) " __ " _____ 20 ж. (г.)

Үлгіні тіркеу нөмірі Регистрационный но- мер образца	Күні Дата	Анықталатын көрсеткіштердің атауы Наименование определяемых показателей
--	--------------	--

		Үлгі алынған Отбора образца	Зертханаға жеткізу Доставки влабораторию	Үлгі алынған орын, мекенжайы Место отбора образца, адрес	Ылғалдылығы % Влажность %	Жалпы азот % Общий азот %
1		2	3	4	5	6
Анықталатын көрсеткіштердің атауы Наименование определяемых показателей						
азот мг/кг			Органикалық көміртек органический углерод	Хлоридтер мг/кг Хлориды	Фторидтер мг/кг Фториды	Күшәла мг/кг Мышьяк
Нитриттер Нитриты	Нитраттар Нитраты	Аммонийлі Аммонийный				Қорғасын, (мг/кг) Свинец (мг/кг)
7	8	9	10	11	12	13
Анықталатын көрсеткіштердің атауы Наименование определяемых показателей						Ескертпе Примечание
Сынап мг/кг Ртуть	Мұнай өнімдері мг/кг Нефтепродукты	Синтетикалық үстінгі белсенді заттар (СБАЗ) мг/кг Синтетические поверхностно-активные вещества (СПАВ)	Осы өңірге тән көрсеткіштер Показатели характерные для данного региона			Зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование
15	16	17	18	19	20	21
						22
						23
						24
						25
						26

Ескертпе (Примечание): негізгі ингредиенттердің тізбесі өңірдің ерекшелігіне сәйкес анықталады

(перечень основных ингредиентов определяется в соответствии со спецификой региона)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
173-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
173- қосымша

Приложение 173
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 173/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 173/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____года № _____

Елді мекендердің атмосфералық ауа үлгілерін алуды және зерттеуді тіркеу журналы

Журнал регистрации отбора и исследования образца атмосферного воздуха населенных мест

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Үлгі алынған күн Дата отбора	Үлгі алынған уақыт Время отбора	Елді-мекеннің атауы Наименование населенного пункта	Метеорологиялық жағдайлар Метеорологические условия						Ластану көзі және ластану көзінен және үлгі алу орны арасындағы қашықтық Источник загрязнения и расстояние от источника загрязнения и места отбора	Анықталатын заттар Определяемые вещества
				Атмосфералық қысым Атмосферное давление	Ауаның температурасы Температура воздуха		Салыстырмалы ылғалдылығы Относительная влажность	Жел Ветер			
					Құрғақ Сухо	Ылғалды Влажного		Бағыты Направление	Жылдамдығы Скорость		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Анықталған бір реттік ең жоғары концентрация мг/м3 Обнаруженная максимально-разовая концентрация мг/м3	Шекті рұқсат етілген концентрация (ШРК), Ең жоғарғы бір реттік мг/м3 Предельно-допустимая концентрация (ПДК), максимально-разовая мг/м3	Анықталған орташа тәуліктік концентрация мг/м3 Обнаруженная среднесуточная концентрация мг/м3	Орташа тәуліктік ШРК мг/м3 ПДК среднесуточная мг/м3	Іріктеу уақыты (сағ., мин) Время отбора (час, мин)			Зерттеу жүргізуге негіз болған нормативтік құжаттама Нормативная документация, согласно которой проводилось исследование	Зерттеу нәтижелері берілген күн Дата выдачи результатов исследований	зерттеу жүргізген адамның Т. А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы Ф.И.О. (при его наличии), подпись проводившего исследование
				Басталуы Начало	Аяқталуы Конец	Аспирация жылдамдығы, л/минутпен Скорость аспирации, в л/мин			
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Ескертпе: Ауа үлгісіне реттік бірегей зертханалық (тіркеу) нөмір беріледі, сорғыштар мен сүзгілер ауа үлгісін зерттеу хаттамаларында осы нөмір арқылы тіркеледі.

Примечание: Образцу воздуха придается порядковый единый лабораторный (регистрационный) номер, под которым регистрируются поглотители и фильтры в протоколах исследования образца воздуха.

Приложение 174
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
174- қосымша

Приложение 174
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ № ____бұйрығымен бекітілген № 174/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 174/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____года № _____

**Жабық үй-жайлардың және жұмыс аймағының ауа үлгісін және оны зерттеу
нәтижелерін беруді тіркеу журналы**

**Журнал регистрации образца и выдачи результатов исследования воздуха
закрытых помещений и рабочей зоны**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тір- кеу нө- мірі (Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер)	Нөмірлері (Номера)		Алу күні (Да- та от- бо- ра)	Тек- серілетін объекті- нің атауы (Наиме- нование обсле- дую- мого объ- екта)	Метеорологиялық жағдайлар (Метеорологические условия)					Арақашық- тық м, см (Расстояние в м, см)		Үлгі алу уа- қыты (Время отбо- ра образца)	
	Сіңір- гіштер- дің, сүз- гілер- дің (Погло- тите- лей, филь- тров)	Эскиз бойын- ша алу нүкте- лері- нің (Точек отбора по эс- кизу)			Ат- мо- сфе- ра- лық қы- сым (Ат- мо- сфер- ное дав- ле- ние)	Ауа ның қозға- лу жыл- дамды- ғы (Ско- рость движе- ния возду- ха)	Ауа ның темпера- турасы (Температура воздуха)		Салыс- тыр- малы ылғал- дылық Отно- си- тель- ная влаж- ность	Еден нен (От По- ла)	Лас тану көзі- нен (От ис- точ- ни- ка за- гряз- не- ния)	Ба- ста- луы (На- ча- ло)	Аяқта- луы (Окон- чание)
							Құр- ғақ (Су- хо- го)	Ылғал- ды Влаж- ного					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Аспира- ция жыл- дамдығы л/минутпен (Скорость аспирации л/мин)	Анықталатын көрсеткіштің, зат ин- гредиентінің атауы, мг/м ³ (Наименование определяемого по- казателя, ингредиента вещества в мг/м ³)	Зерттеу нәтижелері мг/м ³ (Результаты исследования в мг/м ³)		Зерттеу әдістемесі (Методика исследо- вания)	Зерттеу жүргізген адамның Т. А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись проводившего ис- следование)
		Анықталған шоғырлану (Обнаружен- ная концен- трация)	РЕШШ, ӘБ- ҚД және басқалары (ПДК, ОБУВ и дру- гие)		
15	16	17	18	19	20

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
175-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
175- қосымша

Приложение 175
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №175/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 175/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

**Дезинфекциялау құралдарының үлгілерін және оларды зерттеу нәтижелерін
(әсер ететін заттың болуы) беруді тіркеу журналы**

**Журнал регистрации образцов и выдачи результатов исследований
дезинфицирующих средств (содержание действующего вещества)**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тір- кеу нө- мірі	Күні және уақыты Дата и вре- мя		Үлгі- нің ата- уы, Үлгі- нің шо- ғыр- ла- нуы Са- ны, көле- мі На- име- нова- ние об- раз- ца, Кон- цен- тра- ция об- раз- ца Ко- личе- ство, объ- ем	Үлгі- ні ал- ған орын /Ме- сто отбо- ра об- разца	Зерт- теу мақ- са- ты/ Цель ис- сле- дова- ния	Үлгі- ні НҚ- ға сәй- кесті- гіне зерт- теу/ Ис- сле- дова- ния об- разца на со- от- вет- ствие НД		Заттар- дың агре- гат- тық күйі /Агре- гатное состо- яние ве- ществ	Зерттеу барысы				Зерт- теу нәти- же- сі/ Ре- зульт- таты ис- сле- дова- ния	Зерт- теу жүргіз- ген адам- ның қолы, Т.А.Ә. (ол болған жағ- дай- да), Ф. И.О. (при его на- ли- чий), под- пись лица, прово- дивше- го ис- следо- вание
									Ход исследования					
	Үл- гі алу От- бо- ра об- раз- ца	Зерт- ха- наға түсу По- ступ- ле- ния в ла- бо- рато- рию							Нақ- ты шо- ғыр- ла- ну/ Фак- ти- че- ская кон- цен- тра- ция	Әсер- етуші заттың құра- мы/Со- держа- ние дей- ствую- щего веще- ства	Экс- по- зи- ция- сы/ Экс- по- зи- ция	Нор- ма- ла- на- тын көр- сет- кіш/ Нор- ми- руе- мый по- ка- за- тель		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
176-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
176- қосымша

Приложение 176
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №176/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 176/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

Токсикологиялық зерттеулерді тіркеу журналы Журнал регистрации токсикологических исследований

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20 ж. (г.)

Тіреу нөмірі			Жануарлардың сипаттамасы Характеристика животных	Зерттеудің	Зерттеу ба-	Зерттеудің	

Регистрационный номер	Заттың атауы, оның құрамы, үлгінің алынған орны Наименование вещества, его состав, место отбора	Зерттелінетін мөлшер (концентрация) Исследуемая доза (концентрация)	Түрі Вид	Салмағы Вес	Топтық белгі Групповая метка	Жеке белгі Индивидуальная метка	ба-ста-луы Начало	ры-сы Ход	аякта-луы Окончание	Зерттеу жүргізген адамның қолы Т.А. Ә. (ол болған жағдайда), Ф.И.О. (при его наличии), подпись проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
177-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
177- қосымша

Приложение 177
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №177/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 177/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

Азық-түлік емес өнімдер мен шикізат үлгісін зерттеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации исследования образца непродовольственной продукции
и сырья

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Үлгіге токсикологиялық зерттеулер тіркелетін реттік бірыңғай зертханалық (тіркеу) нөмірі беріледі (Образцу придается порядковый единый лабораторный (регистрационный) номер, под которым регистрируются токсикологические исследования)

Тір- кеу нө- мірі (Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер)	Күні (Дата)		Үлгіні алу орны, ұй- ымның атауы, оның ведомстволық тиесі- лігі (Место отбора, на- именование органи- зации, его ведом- ственная принад- лежность)	Бұй- ым- ның ата- уы (На- име- но- ва- ние из- де- лия)	Зерттеу негіз- ге алынып жүргізілген НҚ (НД в соот- ветствии с которой про- водилось ис- следование)	Зерттеу нәтижелері (Результаты исследова- ния)			Зерттеу жүргізген адамның колы (Подпись лица, про- водивше- го иссле- дование)	Зерттеу нәтижелерін алған адам- ның колы Подпись ли- ца, получив- шего резуль- таты иссле- дования
	Тал- да- удың ба- ста- луы (На- чало ана- лиза)	Талда- удың аяқта- луы (Окон- чания анали- за)				Көр- сет- кіш ата- уы (На- име- нова- ние пока- зате- ля)	Анық- тал- ған шо- ғыр- лан- дыру (Об- нару- жен- ная кон- цен- тра- ция)	Рұқ- сат етіл- ген шо- ғыр- лану (До- пу- сти- мая кон- цен- тра- ция)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
178-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
178- қосымша

Приложение 178
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №178/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 178/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

**Тамақ өнімдерінің және қоршаған орта объектілерінің үлгілерін
пестицидтердің,
пестицидтердің әсер етуші заттарының және минералдық
тыңайтқыштардың қалдық мөлшеріне зерттеу нәтижелерін тіркеу және
есепке алу журналы**
**Журнал регистрации образца и учета результатов исследования продуктов
питания и**

**объектов окружающей среды на остаточное количество пестицидов,
действующих веществ пестицидов и минеральных удобрений**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Тір- кеу нө- мірі	Үл- гі- нің ата- уы	Үлгі алын- ған күн Дата отбо- ра об- разца	Тал- дау жүр- гізі- л- ген күн Да- та про- ве- де- ния ана- лиза	Үлгі алын- ған орын, аудан Ме- сто отбо- ра об- раз- ца, райо- ны	Үл- гі- нің сал- ма- ғы мен кө- лемі Вес и объ- ем об- раз- ца	Зерт- теле- тін пе- сти- цид- тер Ис- сле- дую- щие пес- ти- ци- ды	Минерал- ды тыңайт- қыштар- дың көрсеткіш- тері Пока- затели ми- неральных удобрений	Тал- дау- лар саны Ко- ли- че- ство ана- ли- зов	Анықталған пе- стицидтер, мг/кг Минералды ты- ңайтқыштардың көрсеткіштері Обнаруженное содержание пока- зателей пестици- дов и минераль- ных удобрений	ШРК мг/кг, МРЕД, мг/кг ПДК мг/кг, МДУ мг/кг	НҚ НД	Зерттеу жүргіз- ген адам- ның қо- лы тегі, аты, әке- сінің аты (ол болған жағдай- да) Фами- лия, имя, от- чество (при его налич- ии), подпись лица, прово- дившего исследо- вание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
179-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
179- қосымша

Приложение 179
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №179/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 179/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

Жарықтандыруды өлшеуді және зерттеу нәтижелерін беруді тіркеу журналы

**Журнал регистрации измерений и выдачи результатов исследований
освещенности**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрат- онный номер)	Өл- шеу күні (Да- та из- мере- ний)	Объекті- нің ата- уы (Наиме- нование объекта)	Өлшеуге арналған құралдар (Приборы для изме- рения)	Табиғи жарықтандыруды өлшеу нәтижелері (Результаты измерений естественной освещенности)					
				Жоғары жақ- тан жарықта- ну кезінде (При верх- нем освеще- нии)	Бүйірден жарықтан- дыру кезінде (При боко- вом освеще- нии)	Сыртқы жарық- тандыру (Наруж- ная освеще- нность)	ТЖК орта- ша мәні (КЕО сред- нее значе- ние)	Сыртқы жарық- тандыру (Наруж- ная освеще- нность)	ТЖК орташа мәні (КЕО сред- нее зна- чение)
				Өлшенген ТЖК (КЕО изме- ренное)	Норма бой- ынша рұқ- сат етілген. (Допусти- мая по нор- мам)	Өлшен- ген ТЖК (КЕО из- мерен- ное)	Норма бой- ынша рұқ- сат етілген. (Допусти- мая по нор- мам)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Жасанды жарықтандыруды өлшеу нәтижелері (Результаты измерения искусственной освещенности)		Біріккен жарықтан- дыру кезіндегі (При совмещенном освещении)	Нормалар бойынша рұқсат етілген (Допустимая по нормы)	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О (при его наличии), подпись лица проводившего исследование)
Люкспен жа- рықтандыру (Освещен- ность в люк- сах)	Нормалар бойынша рұқсат етілген, лк (Допустимая по нор- мам, лк)	Люкспен жарықтан- дыру, лк (Освещенность в люксах)		
11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
180-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
180- қосымша

Приложение 180
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №180/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 180/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

**Шуды, дыбыс оқшаулануын, инфрадыбысты, ультрадыбыстарды және
дірілді өлшеуді тіркеу
журналы**
**Журнал регистрации измерений шума, звукоизоляции, 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 жүргізкіш субъектінің, ұйымның атауы Наименование хозяйствующего субъекта, организации	Цех, бөлім, үй-жай Цех, отделение, помещение	Өлшеулер саны Количество замеров							
				Шу (Шум)		Дыбыс окшаулануы (Звукоизоляция)		Инфрадыбыс (Инфразвук)		Ультрадыбыс (Ультразвук)	
				Барлығы /Всего	ШРК-дан жоғары Выше ПДУ	Барлығы /Всего	ШРК-дан жоғары Выше ПДУ	Барлығы /Всего	ШРК-дан жоғары Выше ПДУ	Барлығы /Всего	Рауалы шегі Выше ПДУ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Діріл (Вибрация)				Қолданылған құралдардың атауы Наименование использованных приборов		Өлшеулер жүргізген мамандардың Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) және қолы Ф.И.О. (при его наличии) и подпись специалистов проводивших измерения				Хаттама алған адамның қолы Подпись лица, получившего протокол	
Өлшеулер саны Количество замеров											
Жалпы Общая		Жергілікті Локальная									
Барлығы Всего	ШРК-дан жоғары Выше ПДУ	Барлығы Всего	ШРК-дан жоғары Выше ПДУ								
13	14	15	16	17	18				19		

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
181-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
181- қосымша

Приложение 181
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №181/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 181/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

**Электрмагниттік өрісті (ЭМӨ), инфрақызыл, ультракүлгін және лазерлік
сәулеленуді өлшеуді тіркеу
журналы**

**Журнал регистрации измерений электромагнитного поля (ЭМП),
инфракрасного, ультрафиолетового и лазерного излучений**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г.)

Тір- кеу нө- мірі (Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер)	Кү- ні (Да- та)	Обь- екті- нің ата- уы (На- име- но- ва- ние объ- екта)	Цех, бөлім (Цех, от- дел)	Жұ- мыс орын- дары- ның саны (Ко- личе- ство рабо- чих мест)	ЭМӨ кернеулілігі			Қарқындылық: инфра- қызыл; ультракүлгін; лазерлік сәулелену; өн- дірістік жиіліктің ЭМӨ кернеулігі (50Гц) Интенсивность: инфра- красного; ультрафиоле- тового; лазерного излу- чения; напряженность ЭМП промышленной частоты 50Гц) Вт/м2, Дж/м2,, кВ/м	Энер- гия ағысы- ның тығы- здығы Вт /м2, МкВт /см 2 Плот- ность пото- ка энер- гии Вт /м2, МкВт /см 2	Қол- да- ныл- ған құ- рал- дар- дың ата- уы На- име- нова- ние ис- поль- зо- ван- ных при- бо- ров	Өлшеу жүргізген мамандар- дың тегі, аты, әкесі- нің аты (ол болған жағдайда). Фамилия, имя, отче- ство (при его нали- чии) специ- алистов, проводив- ших изме- рение
					Напряженность ЭМП						
					Элек- трлік құрау- шысы бой- ынша, кВ/м, В/м (По элек- триче- ской со- став- ляю- щей, кВ/м, В/м)	Маг- ниттік құрау- шысы бой- ынша А/м, мкТл (По маг- нит- ной со- став- ляю- щей А /м, мкТл)	Элек- тро- стати- калық өріс кВ/м, Элек- тро- стати- че- ское поле кВ/м				
					Өл- шен- ген са- ны /РЕ- ШД, Изме- рен- ное коли- чество /ПДУ	Өл- шен- ген са- ны /РЕ- ШД, Изме- рен- ное коли- че- ство /ПДУ	Өлше- неген саны /РЕ- ШД, Изме- рен- ное коли- чество /ПДУ	Өлшенген саны/РЕШД, Измеренное количе- ство / ПДУ	Өл- шен- ген са- ны/РЕ- ШД, Изме- рен- ное коли- че- ство / ПДУ		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Аяқталды (Окончено) « » 20 ж (Г)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Түскен күні (Дата поступления)	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Алынған орны мен уақыты (Место и время отбора)	Үлгінің көлемі (салмағы) (Объем (вес) образца)	Қаптаманың сипаттамасы (Характеристика упаковки)	Зерттеу мақсаты (Цель исследования)	Үлгіні қабылдаған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) принявшего образца)
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)									Дәрігер-зертханашының Т. А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) врача- лаборанта)
Жиынтық альфа- белсенділік (Суммарная альфа-активность)	Жиынтық бета- белсенділік (Суммарная бета- активность)	Ra- 226	Th -232	K- 40	Cs- 137	Sr- 90	Pb- 210	Басқа изотоп- тар (Дру- гие изо- топы)	
9	10	11	12	13	14	15	16	17	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
183-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
183- қосымша

Приложение 183
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 183/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 183/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

Радиометриялық зерттеулерді тіркеу журналы Журнал регистрации радиометрических исследований

Басталды (Начато) «__» _____ 20__ ж (г)

Аяқталды (Окончено) «__» _____ 20__ ж (г)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Тіркеу журналы бойынша нөмірі	Талдау жүргізілген күн	Үлгінің атауы	Зерттелген үлгінің массасы (көлемі), (кг, л)	Есептік үлгінің массасы (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

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Құралдың көрсеткіштері (Показания прибора)				Ко-эф-фици-ент Eff a	Ко-эф-фици-ент Eff в	Ко-эф-фици-ент Ktr	Альфа – активтілік Альфа - активность	Бета-ак-тивтілік Бета-ак-тивность
Альфа – каналы бойынша фонның есебі (Счет фона по альфа – каналу)	Бета- каналы бойынша фонның есебі (Счет фона по бета- каналу)	Альфа – каналы бойынша фонның алып тастағанда үлгінің есебі (Счет образца с вычетом фона по альфа каналу)	Бета – каналы бойынша фонның алып тастағанда үлгінің есебі (Счет образца с вычетом фона по бета- каналу)					
8	9	10	11	12	13	14	15	16

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
184-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
184- қосымша

Приложение 184
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №184/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 184/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

Радиоохимиялық зерттеулерді тіркеу журналы Журнал регистрации радиохимических исследований

Басталды (Начато) «__» _____ 20__ ж (г)

Аяқталды (Окончено) «__» _____ 20__ ж (г)

	Талдау жүргізілген күн	Үлгі-нің	Зертте-летін		Зертте-летін	Төсе-ніш	Та-су-шы-	Ыды-рау-ға	Қон-дыр-ғының	Фон-мен бірге	Фон-ды есеп-	Үлгі-нің бел-	НҚ бой-ын-
--	------------------------	----------	--------------	--	--------------	----------	-----------	------------	---------------	---------------	--------------	---------------	------------

Тір- кеу нө- мірі (Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер)	(Дата про- ведения анализов)		ата- уы (На- име- но- ва- ние об- раз- ца)	көр- сеткі- ш- тер- дің тіз- бесі (Пе- ре- чень ис- сле- дую- щих пока- зате- лей)	Анық- тау әдісіне НҚ (НД на ме- тод опре- деле- ния)	үлгі- нің сал- мағы (Вес ис- сле- дую- мой об- раз- ца)	сал- ма- ғы (Вес под- лож- ки)	ның шы- ғы 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)	үлгіні есеп- теу жыл- дамды- ғы (Ско- рость счета фона)	теу 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
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
185-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
185- қосымша

Приложение 185
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 185/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 185/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

Радиациялық бақылауды және зерттеулерді тіркеу журналы Журнал регистрации радиационного контроля и исследований

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж. (г).

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г).

Тіркеу нөмірі	Объектінің атауы, мекенжайы	Өлшеулер жүргізілетін орын	Жергілікті жердің табиғи гамма-фонның ЕТТД-сы (мкЗв/сағ)	Дозаның өлшенген қуаты (мкЗв/час, н/сек)
---------------	-----------------------------	----------------------------	--	--

(Регистраци- онный но- мер)	(Наименование объек- та, адрес)	(Место проведе- ния замеров)	Өлше- улер макса- ты (Цель изме- рения)	(МЭД естественного гамма-фона местности (мкЗв/ч))	(Измеренная мощность дозы (мкЗв/час, н/сек)) Еденнен (жерден) биіктікте (На высоте от пола (грунта))		
					1,5м	1м	0,1м
1	2	3	4	5	6	7	8
ЕТТД өлше- улерінің жал- пы саны (Общее ко- личество за- меров МЭД)	Ауадағы радонның өлшенген, тең салмақты, баламалы, көлемді бел- сенділігі (Бк/м3) (Равновесная, эквивалентная, объ- емная активность радона в воздухе (Бк/м3)) Топырақ бетінен алынған радон ағымының өлшенген тығыздығы (мБк/ш.м.·сек) (Измеренная плотность потока радо- на с поверхности грунта (мБк /м2·сек))	Радон өлшеулерінің жалпы саны (Общее количество замеров радона)			Маманның тегі, аты, әке- сінің аты (ол болған жағ- дайда) және қолы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и под- пись специалиста)		
9	10	11			12		

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
186-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
186- қосымша

Приложение 186
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №186/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма №186/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

Жергілікті жердің гамма-фонын тіркеу журналы
Журнал регистрации гамма-фона местности

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж. (г).

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г).

Күні (Дата)	Өлшеу уақыты (Время измерения)	Дозаның қуаты мкЗв/сағ (Мощность дозы, мкЗв/час)	Ауа райы жағдайы туралы белгі (Отметка о погодных условиях)
1	2	3	4



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні	04.09.2026
Сактау күні	15.09.2026
Дата редакции	04.09.2026
Дата скачивания	15.09.2026

--	--	--	--

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
187-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
187- қосымша

Приложение 187
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министр- лігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген № 187 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма №187/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года № _____

Адамдардан алынған материал үлгілерін тіркеу журналы

Журнал регистрации образцов материала от людей

Басталды (Начат) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Тіркеу нөмірі (Регист- рацион- ный номер)	Күні, уақыты (Дата, время)		Үлгі- ні жі- бер- ген ұйым (Орга- низа- ция, напра- вив- шая обра- зец)	Үлгі- нің ата- уы (На- имено- вание образ- ца)	Тексерілетін адамның Т.А.Ә. (ол болған жағ- дайда) (Ф.И.О. (при его наличии) обследуемого)	Жа- сы (Воз- раст)	Тұр- ғы- лық- ты ме- кен- жайы (Ад- рес про- жива- ния)	Жұ- мыс орны, лауа- зымы (Ме- сто ра- боты, долж- ность)	Диагноз, тексеріп карау есе- лігі (Диагноз, кратность обследо- вания)	Зерт- теу мақ- саты (Цель иссле- дова- ния)
	Үл- гі- лер алу (От- бо- ра об- раз- ца)	Зертхана- ға түсу (Поступ- ления в лаборато- рию)								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Ауы- рған күні Да- та забо- левания	Күні дата			Зерттеу нәтижесі Результат исследова- ния	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы Фамилия имя отчество (при его наличии), должность лица, проводившего ис- следование
	Зерттеудің басталған Начала ис- следования	Зерттеудің аяқталған Окончания исследования	Нәтижелер- дің берілген Выдачи ре- зультатов		
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
188-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
188- қосымша

Приложение 188
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №188/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма №188/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №__

**Ішек инфекциялары тобын микробиологиялық
зерттеулерді тіркеу журналы**
**Журнал регистрации микробиологических исследований на кишечную
группу инфекций**

Басталды (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Күні (Дата)	Реттік нөмірі (Порядковый номер)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Тығыз орталарға тікелей себу (Прямой посев наплотные среды)		Байыту ортасынан себінді алу (Высев со среды обогашения)	(Микроскопия)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Сәйкестендіруге арналған тесттер (Тесты для идентификации)												
Лактоза	Глюкоза	Күкірт сутек (Сероводород)	Уреаза	Индол	Қозғалғыштығы (Подвижность)	Маннит	Сахароза	Симонсцитраты (Цитрат Симонса)	Кристенсцитраты (Цитрат Кристенса)	Ацетат	Фенилаланин	Лизин
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Глицерин	Малонат	Дульцит	Сорбит	Арабиноза	Ксилоза	Рамноза	Рафиноза	Трегалоза	Мальтоза	Штерн сорпасы	Жалған ағар
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Сәйкестендіруге арналған тесттер (Тесты для идентификации)								Антигенді құрылым /Антигенная структура	ФАГ	Агглютинация реакциясы (Реакция агглю-	Зерттеу нәтижесі /Результат исследования	Зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Дата окончания исследования Ф.И.О (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование)
Фогес-Проскауэр реакциясы (Реакция Фогес-Проскауэра)	Метилкызылмен реакция (Реакция с метиловым красным)	Нитраттардың қалпына келуі (Восстановление нитратов)	Аргинин	Орнитин	Инозит	Адонит	Несепнәр					



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 04.09.2026
Сактау күні 15.09.2026
Дата редакции 04.09.2026
Дата скачивания 15.09.2026

										ти- на- ции)		
35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
189-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
189- қосымша

Приложение 189
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген №189/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 189/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года №____

Стафилококқа микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований на стафилококк

Басталды (Начат) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая
нормативная
документация (далее – НД)):

1.

2.

Зерттеу жүргізілген күн (Дата проведения исследования)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)	Жасы (Возраст)	Жұмыс орны, үй мекенжайы (Место работы, домашний адрес)	Үлгіні жіберген ұйым (Организация направившая образец)	Тығыз коректену ортасында өсуі (Рост плотных питательных средах)		Микроскопия
						КА	ЖСА	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)								Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)	Зерттеу аяқталған күн, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись проводившего исследование)
Гемоглибин	Лецитин	Кальций	Пигмент	Плазма	Глицерин	Маннит	Үлпектің түзілуі (Хлопье образование)		
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
190-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
190- қосымша

Приложение 190
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____№__ бұйрығымен бекітілген № 190/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 190/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____года № _____

Дифтерияға микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы Журнал регистрации микробиологических исследований на дифтерию

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20____ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НҚ) (Используемая
нормативная
документация (далее - НД))

1.

2.

Күні (Дата)	Реттік нөмірі (Поряд- ковый номер)	Тіркеу нөмірі (Регис- трационныйт но- мер)	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии),обследуемого)	Жа- сы (Воз- раст)	Жұмыс орны, үй мекенжайы (Место рабо- ты, домашний адрес)	Үлгіні жіберген ұйым (Организация, направившая об- разец)	Диа- гноз
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Коректену оргасы, өсу сипаты (Питатель- ная среда, характер ро- ста)	Мик- ро- скоп- пен зерт- теу (Мик- роско- пия)	Глю- коза	Са- ха- ро- за	Крах- мал	Уре- аза	Ци- сти- на- за	Токсигендік қасиеттер Токсигенные свойства			Зерт- теу нәти- же- лері (Ре- зультаты ис- сле- дова- ния)	Зертеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазы- мы және қолы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), долж- ность и подпись лица, про- водившего исследование)
							24 са- ғат- тан кейін Элек тесті (Тест Элека через 24 ча- сов)	48 са- ғат- тан кейін Элек тесті (Тест Элека через 48 ча- сов)	ПТР әдісі (Ме- тод ПЦР)		
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
191-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
191- қосымша

Приложение 191
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 191/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 191/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

Кенелердің, жәндіктердің түрлік тиістілігін анықтауды тіркеу журналы

**Журнал регистрации определения видовой принадлежности клещей,
насекомых**

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Жиналған кенелер Собрано клещей
---------------	---------------------------------



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 04.09.2026
Сактау күні 15.09.2026
Дата редакции 04.09.2026
Дата скачивания 15.09.2026

Регистрационный номер	Барлығы Всего	Кенелердің түрі Виды клещей	Тексерілген қорлар саны Число обследованных пулов
1	2	3	4

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
192-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
192- қосымша

Приложение 192
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 192/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 192/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

**Көкжөтел мен көкжөтелге ұқсас ауруларды
микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы**

**Журнал регистрации микробиологических исследований на коклюш и
паракоклюш**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НҚ) (Используемая
нормативная
документация (далее - НД)):

1.

2.

Күні (Дата)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), обследуемого)	Жасы (Возраст)	Жұмыс немесе оқу орны, үйінің мекенжайы (Место работы или учебы, домашний адрес)	Дифференциялық ор- таларда өсуі (Рост на дифференци- альных средах)		
					72 сағ (ч)	96 сағ (ч)	120 сағ (ч)
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Мик- ро- скоп- пен зерт- теу (Мик- ро- ско- пия)	Уре- аза	Қара- пай- ым агар- дағы өсуі (Рост на про- стом Ага- ре)	Тира- зінді ЕПА- да өсуі (Рост на МПА с Тира- зи- ном)	Қоз- ғалғы- штығы (По- движ- ность)	Цит- ратты кеде- ге жа- рату (Ути- лиза- ция цит- рата)	ПТР әдісі (ПЦР ме- тод)	Материал- ды жібер- ген ұйым (Органи- зация, на- правив- шая мате- риал)	Ди- а- гно- зы	Пиг- мент	Ман- нит	Зерт- теу нәти- жесі (Ре- зульт- тат ис- сле- дова- ния)	Зерттеудің аяқтал- ған күні, зерттеу жүргізген адам- ның тегі, аты, әке- сінің аты (ол болған жағдайда) және қолы (Дата окончания исследования, фа- милия, имя, отче- ство (при его на- личии) и подпись проводившего ис- следование)
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
193-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
193- қосымша

Приложение 193
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №193/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 193/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №_____

Менингококкқа микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы

Журнал регистрации микробиологических исследований на менингококк

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НҚ) (Используемая нормативная документация (далее - НД)):

1.

Күні (Дата)	Тір- кеу нө- мірі (Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер)	Тексерілетін адамның те- гі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), жасы (Фамилия, имя, отче- ство (при его на- личии), воз- раст обсле- дуемого)	Жұмыс ор- ны, үйінің мекен- жайы (Ме- сто рабо- ты, домаш- ний адрес)	Үл- гіні жібер- ген ұйым (Орга- низа- ция, напра- вив- шая обра- зец)	Жиі- лігі (Крат- ность)	Ди- а- гност	Колони- ялар морфо- логия- сы (Мор- фоло- гия ко- лоний)	Мик- ро- ско- пия	Кап- су- ла- ның бо- луы (На- ли- чие кап- су- лы)	Ок- си- да- за	Ка- та- ла- за	Сәйкестенді- руге арнал- ған тесттер (Тесты для идентифика- ции)	
												37° С-та са- ры- су- лы агар- да (Сы- во- ро- точ- ном ага- ре при 37° С)	22° С-та са- ры- су- лы агар- да (Сы- во- ро- точ- ном ага- ре при 20- 22° С)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Сәйкестендіруге арналған тесттер (Тесты для идентификации)									Серо- логи- ялық тип- теу (Се- роти- пиро- ва- ние)	Зерт- теу нәти- жесі (Ре- зуль- тат ис- сле- дова- ния)	Зерттеудің аяқтал- ған күні, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы және қо- лы (Дата окончания исследования, фа- милия, имя, отче- ство (при его нали- чии), должность и подпись лица, про- водившего иссле- дование)		
37°С- та са- ры- су- сыз агар- да (Бес- сы- воро- точ- ном ага- ре при 37°С)	37°С- та 0,2% өтті са- рысу агарын- да (0,2% желч- ном агаре сыворо- точном при 37° С)	5% -ды саха- роза ерітін- дісі бар агар- да полисахаридтің түзілуі (Образова- ние полисахарида на агаре с 5 % раствором сахарозы)	Глю- коза- ның (Глю- коза)	Лак- тоза- ның (Лак- тоза)	Маль- тоза- ның (Маль- тоза)	1% са- ха- ро- за- ның (1% са- ха- ро- за)	Фрук- тоза- ның (Фрук- тоза)	Шыны- дағы агглю- тина- ция (Аг- глюти- нация на стек- ле)					
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26		



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні	04.09.2026
Сақтау күні	15.09.2026
Дата редакции	04.09.2026
Дата скачивания	15.09.2026



Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
194-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
194- қосымша

Приложение 194
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 194/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 194/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года №_____

**Тамақ өнімдерінің үлгілерін микробиологиялық зерттеулерді тіркеу
журналы**

**Журнал регистрации микробиологических исследований образцов пищевых
продуктов**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ ж.(г.)

2.

		Стафлакококка зерттеу (Исследование на стафилококк)
--	--	---

ФАГ	Аг-глю-ти-на-ция	Тікелей себу/ Пря-мой посев		Байыту ортасынан қайта себу/Вывес со среды обогоще-ния		Мик-ро-ско-пия	Плаз-мо-коа-гуля-ция	Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)					
		Себу көле-мі / Засе-вае-мый объем	Тән коло-ниялар са-мы / коли-чество ха-рактерных колоний	Себу көле-мі / Засе-вае-мый объем	Тығыз ко-ректенуор-тас ында өсуі / Рост на плот-ных средах			Ле-ци-ти-на-за	РПК	Маннит		Гли-це-рин	Тер-мо-тұ-рақ-ты нук-леаза (Тер-мо-ста-биль-ная нук-ле-аза)
										Аэроб-ты жағ-дай-ларда (В аэроб-ных усло-виях)	Анаэ-роб-ты жағ-дай-ларда (В анаэ-роб-ных усло-виях)		
29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Зерттеу: (Исследование на:)			
Enterobacter-sakazakii	Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)	Анаэробтар / (Анаэробы)	Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)
43	44	45	46

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Зерттеу: (Исследование на:)									
Proteus	Сәй-кестен-діру те-сттері (Тесты иденти-фика-ции)	Ашытқы, зең (Дрож-жи, пле-сень)	Сәй-кестен-діру те-сттері (Тесты иденти-фика-ции)	Сульфитреду-циялаушы кло-стридиялар (Сульфитреду-цирующие кло-стридии)	Сәй-кестен-діру те-сттері (Тесты иденти-фика-ции)	V. parahaemolyticus	Сәй-кестен-діру тестте-рі (Те-сты иден-тифи-кации)	Спора-лық аэробтар (Споро-вые аэро-бы)	Сәй-кестен-діру тестте-рі (Те-сты иден-тифи-кации)
47	48	49	50	51	52	53	54	55	56

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Зерттеу: (Исследование на:)							
Enterococcus	Сәй-кестен-діру те-сттері (Тесты иденти-фика-ции)	Сүт қыш-кылды мик-роорга-низмдері (Молочно-кислые мик-роорганиз-мы)	Сәй-кестен-діру те-сттері (Тесты иденти-фика-ции)	L. monocytogenes	Сәй-кестен-діру тестте-рі (Те-сты	Зерт-теу нәти-жесі (Ре-зультат	Зерттеу аяқталған күн, зерттеу жүргіз-ген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы. (Дата окончания исследования, фами-лия, имя, отчество (при его наличии), подпись лица, проводившего исследо-вание)

					иден- тифи- кации)	иссле- дова- ния)	
57	58	59	60	61	62	63	64

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
195-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
195- қосымша

Приложение 195
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 195/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 195/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Су үлгілерінің микробиологиялық зерттеулерін тіркеу журналы

Журнал регистрации микробиологических исследований образцов воды

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20____ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Күні (Дата)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні, уақыты (Дата, время)			Үлгі алынған орын, объект (Объект, место отбора образца)	Зерттеу мақсаты (Цель исследования)	МЖС (микробтардың жалпы саны) (ОМЧ (общее микробное число))	
		Алу (Отбора)	Зертханаға түсу (Поступления в лабораторию)	Зерттеудің басталуы (Начало исследования)			Себілетін көлем (Засеваемый объем)	Өскен колониялар саны (Количество выросших колоний)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Колиформды бактерияларға зерттеу (Исследования на колиформные бактерии)							Коли-фагтар (Коли-фаги)				Сульфит реду- циялаушы кlostридия- лар (Сульфитре- дуци-рующие кlostридии)		Мик- ро- ско- пия
Себі- летін көлем (Засе- вае- мый объ- ем)	ЛПС- да өсуі (Рост на ЛПС)	Эндо орта- сын- да өсу (Рост на среде Эндо)	Мик- ро- ско- пия	Ок- си- даза- лы тест (Ок- си- даз- ный тест)	37-С кезін- дегі лакто- за (Лак- тоза при 37-С)	44С кезін- дегі лакто- за (Лак- тоза при 44С)	Тіке- лей себу (Пря- мой по- сев)	ТТБЖБ мөлше- рі (Коли- чество БОЕ)	Байыту ортасын- да себу көлемі (Засевае- мый объ- ем в среде обогаще- ния)	ТТБ – ның болуы (На- ли- чие БОЕ)	Се- біле- тін кө- лем (За- се- вае- мый объ- ем)	Виль- сон- Блер орта- сын- да өсу (Рост на среде Виль- сон- Блер)	
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Стафилококкқа зерттеу: (Исследование на стафилококк)				Ps.aeruginosa зерттеу (Исследования на Ps.aeruginosa)			
Себілетін көлем	Тығыз ортада өсу	Микроскопия	Коагуляция плазмасы	Себілетін көлем	Тығыз орталарда өсу	Микроскопия	Оксидаза-лы тест

(Засеваемый объем)	(Рост на плот- ных средах)		Плазма коагу- ляция	(Засеваемый объем)	(Рост на плот- ных средах)		(Оксидаз- ный тест)
24	25	26	27	28	29	30	31

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Патогенді энтеробактерияларға зерттеу (Исследование на патогенные энтеробактерии)									
Себілетін кө- лемдер (Засеваемый объем)	Тығыз орталар- да өсу (Рост на плот- ных средах)	Микро- скопия	Окси- даза	Лак- тоза	Глю- коза	Күкіртсу- тегі (Серowo- дород)	Уре- аза	Қозғалғы- штығы (Подвиж- ность)	Цитратты кәдеге жарату (Утилизация цит- рата)
32	33	34	35	36	37	38	39	40	41

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Патогенді энтеробактерияларға зерттеу (Исследование на патогенные энтеробактерии)									Зерттеу нәтижесі (Резуль- тат ис- следова- ния)	Зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағ- дайда), қолы (Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись лица, про- водившего исследование)
Ман- нит	Рам- ноза	Ра- фи- но- за	Маль- тоза	Дуль- цит	Кси- лоза	Ли- зин	Ар- ги- нин	Ор- ни- тин		
42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
196-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
196- қосымша

Приложение 196
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №196/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 196/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года №_____

Топырақ үлгілерінің микробиологиялық зерттеулерін тіркеу журналы

Журнал регистрации микробиологических исследований образцов почвы

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20____ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая
нормативная
документация (далее – НД)):

1.

2.

Күні (Дата)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгінің атауы, алынған орны (Наименование образца, место отбора)	Коли-титрді анықтау (Определение коли-титра)					Cl.perfringens титрін анықтау (Определение титра Cl.perfringens)		
			Себілетін көлемдер (Засеваемые объемы)	Эндо ортасында өсу сипаты (Характер роста на Эндо)	Микроскопия	Оксидаза	Глюкозадағы газ (Газ в глюкозе)	Себілетін көлемдер (Засеваемые объемы)	Вильсон-Блер ортасында өсу сипаты (Характер роста на среде Вильсон-Блер)	Микроскопия
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Жылусүйгіш микроорганизмдерді анықтау (Выявление термофильных микроорганизмов)	Басқа зерттеулер (Другие исследования)	Себу көлемі (Засеваемые объемы)	Тығыз орталарда өсу (Рост на плотных средах)	Микроскопия
12	13	14	15	16

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Патогенді микрофлораны анықтау (Определение патогенной микрофлоры)							
Тікелей себу (Прямой посев)				Байыту ортасынан қайта себу (Высев со среды обогащения)			
Себу көлемі (Засеваемые объемы)	Эндо	SS-агар	BCA	Себу көлемі (Засеваемые объемы)	Эндо	SS-агар	BCA
17	18	19	20	21	22	23	24

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)									
Микроскопия	Оксидаза	Күкіртсутек (Сероводород)	Уреаза	Лактоза	Глюкозадағы газ (Газ в глюкозе)	Индол	Симонс цитраты (Цитрат Симонса)	Қозғалғыштығы (Подвижность)	Сахароза
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)								Зерт- теу нәти- жесі (Ре- зуль- тат ис- следо- вания)	Талдау аяқталған күні, зерттеу жүргіз- ген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы және қолы (Дата окончания анализа, фамилия имя отчество (при его наличии), должность и подпись лица, проводившего иссле- дование)
Натрий ацетаты (Ацетат натрия)	Фенил- аланин- дезами- наза	Ли- зин	Фогес- Проскау- эр реак- циясы (Реакция Фогес- Проскау- эра)	Нитрат- тар- дың қал- пына ке- луі (Восста- новление нитратов)	Ар- ги- нин	Ор- ни- тин	Рам- ноза		
35	36	37	38	39	40	41	42	43	44

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
197-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
197- қосымша

Приложение 197
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №197/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 197/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года №_____

Шайындылардың микробиологиялық зерттеулерін тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований смывов

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20____ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____
2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Нысан-ның атауы Наименование объекта	Шайынды алынған орын Место взятия смыва	Стафилококка тексеру Исследование на стафилококк							ИТТБ-на (ішек таяқшалары тобының бактерияларына) тексеру Исследование на БГКП (бактерии группы кишечной палочки)			
				Орталардың атауы Наименование сред	Ұқастыруға арналған тесттер Тесты для идентификации						Орталардың атауы Наименование сред	Сәйкестендіру тесттері Тесты для дентификации		
					Ортада өсуі Рост на среде	Лецитиназа	Микроскопия	Плазмакоагулаза	Маннит	Мальтоза		Ортада өсуі Рост на среде	Тығыз ортада өсуі Рост на плотных средах	Микроскопия
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Басқа микроорганизмдерге зерттеу Исследование на другие микроорганизмы								Зерттеу нәтижелері Результаты исследования					Зерттеудің аяқталғанкүні, айы, жылызерттеу жүргізген адамның қолы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при его наличии) и подпись лица,проводившего исследования	
Орталар-дың атауы Наимено-вание сред	Сәйкестендіру тесттері Тесты для идентификации													
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
198-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
198- қосымша

Приложение 198
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 198/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 198/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года №__

Ауа үлгілерінің микробиологиялық зерттеулерін тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований образцов воздуха

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ ж.(Г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20____ ж.(Г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Тіркеу нөмірі (Регист- рацион- ный номер)	Үлгі алу күні, уа- қыты (Дата, время отбора образца)	Үлгі алын- ған ұйым, орын (Организа- ция, место отбора об- разца)	Үлгі алын- ған жер (Ме- сто от- бора об- разца)	МЖС-ын (микробтың жалпы санын) зерттеу: (Исследование на ОМЧ (общее микроб- ное число))		Стафилококка зерттеу: (Исследование на стафилококки):				
				Экспози- циясы, жыл- дамдығы (Экспози- ция, ско- рость) Жіберіл- ген ауа- ның көле- мі (Объем про- пущенного воздуха)	Колони- ялардың жалпы саны (Общее число коло- ний)	Экспозициясы, жылдамдығы Жі- берілген ауаның көлемі (Экспозиция, ско- рость) (Объем пропущен- ного воздуха)	Колони- ялардың жалпы саны (Общее число коло- ний)	Ле- ци- ти- на- за	Мик- ро- ско- пия	Плаз- ма- коа- гуля- ция
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Зенге зерттеу: (Исследование на плесень)		Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)			Зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Дата окончания исследования, фамилия, имя, отче- ство (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование)
Экспозициясы, жыл- дамдығы (Экспозиция, скорость) Жіберілген ауаның кө- лемі (Объем пропущенного воздуха)	Колониялар- дың жалпы саны (Общее чис- ло колоний)	1 м3 микроорганизмдер саны (Количество микроорганиз- мов в 1 м3)			
		Жал- пы (Об- щее)	Алтын тү- стес стафи- лококк (Золоти- стый ста- филококк)	Зең (Пле- сень)	
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
199-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
199- қосымша

Приложение 199
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 199/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 199/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года №_____

Дәрілік (дәріханалық) нысандардың микробиологиялық зерттеулерін тіркеу журналы

Журнал регистрации микробиологических исследований лекарственных (аптечных) форм

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) «__»_____20__ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая
нормативная
документация (далее – НД)):

1.

2.

Тір- кеу но- мірі ((Ре- гис- тра- ци- он- ный но- мер)	Кү- ні (Да- та)	Үлгі алынған ұй- ым, орын (Орга- низаци, место взя- тия образца)	Үлгінің атауы, ыдысы, қаптамасы, таңбалануы, үлгілер саны (Наименование об- разца, тара, упаков- ка, маркировка, чис- ло образцов)	Зерттеу: (Исследование на:)							
				КМАФАНМ		Enterobacteriaceae			E.coli		
				Се- бу кө- лемі (За- сева- е- мый объ- ем)	Өскен колония- лардың саны (Количе- ство вы- росших колоний)	Се- бу кө- лемі (За- сева- е- мый объ- ем)	Орта- да өсу сипа- ты (Ха- рак- тер роста на среде)	мик- ро- ско- пия	Се- бу кө- лемі (За- се- вае- мый объ- ем)	Ор- тада өсу си- паты (Ха- рак- тер ро- ста на сре- де)	Мик- ро- ско- пия
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Зерттеу: (Исследование на:)														Зерт- теу нәти- жесі (Ре- зуль- тат ис- сле- дова- ния)	З
S.aureus		Ps.aeruginosa		Зең және ашытқы саңы- рауқұлақтары (Плесневые и дрожже- вые грибки)			Анаэробтар (Анаэробы)			Аэробтар (Аэробы)			Эндо ток- син- дер (Эндо токси- ны)		
Се- бу кө- лемі (За- се- вае- мый объ- ем)	Ор- та- да өсу си- па- ты (Ха- рак- тер ро- ста	Себу кө- лемі Засевае- мый объ- ем	Ор- та- да өсу си- па- ты (Ха- рак- тер ро- ста	Ок- си- даз- ды тест (Ок- си- даз- ный тест)	Се- бу кө- лемі (За- се- вае- мый объ- ем)	Ор- та- да өсу си- па- ты (Ха- рак- тер ро- ста	Се- бу кө- лемі (За- се- вае- мый объ- ем)	Жи- налу орта- сын- да өсуі (Рост на сре- дах на- коп-	Мик- ро- ско- пия	Се- бу кө- лемі (За- се- вае- мый объ- ем)	Жи- налу орта- сын- да өсуі (Рост на сре- дах на- коп-	Мик- ро- ско- пия	(Экс- пресс- тест үшін препа- рат- тың нөмі- рі мен серия- сы, бақы-		

	на сре- де)		на сре- де)			на сре- де)		ле- ния)			ле- ния)		лау, нәти- же) (Но- мер и серия препа- рата для экс- пресс- теста, кон- троль, ре- зульт- тат)		м ж к (о ч и д н ф л и о с (і е: л ч д н и п л п д г с. в
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
200-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
200- қосымша

Приложение 200
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 200/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 200/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №_____

Стерильділікке микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы Журнал регистрации микробиологических исследований на стерильность

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20__ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20__ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____

2. _____

Тіркеу нө- мірі Регистра- ционный 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		Аэробтар		
				Анаэробы		Аэробы		
				Қоректену ортала- рындағы өсу сипа- ты	Мор- фоло- гия	Қоректену орталарын- дағы өсу сипаты	Мор- фоло- гия	
				Характер роста на питательных сре- дах	Мор- фоло- гия	Характер роста на пита- тельных средах	Мор- фоло- гия	
1	3	4	5	6	7	8	9	
Зең және ашытқы саңырауқұлақтары Плесневые и дрожжевые грибки			Зерттеу нәтижесі Результат исследова- ния	Зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), және қо- лы Дата окончания исследования. Фамилия, имя, отче- ство (при его наличии) и подпись лица, проводившего исследование				
Қоректену орталарындағы- су сипаты		Морфология						
Характер роста на пита- тельных средах		Морфология						
10		11	12	13				

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
201-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
201- қосымша

Приложение 201
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 201/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 201/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года №_____

Жұқпалы материалдар қозғалысын есепке алу журналы

Журнал учета движения заразного материала

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20____ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі Регис- тра- цион- ный номер	Күні Да- та	Зерттеу түрі (үлгілер мен Өсірінділердің атауы) Вид исследова- ния (наимено- вание образ- цов, культур)	Түскен үлгі- лер мен Өсі- рінділердің саны Количество поступив- ших образ- цов, культур	Себінділер саны Количество посевов				Түрлері бойынша ауруды жұқтырған жануарлар саны Количество зараженных жи- вотных по видам				Дәрі- гер- бакте- рио- лог- тың ко- лы Под- пись врача- бакте- рио ло- га
				Күн ба- ста- лар ал- дын- да К на- чалу дня	Себіл- ді Посе- яно	Жой- ыл- ды Уни- что- жено	Күн- нің со- ны- на қа- рай К кон- цу дня	Күн ба- ста- лар ал- дын- да К на- ча- лу дня	Жұқ- тыр- ғаны За- ра- жено	Өл- гені неме- се жой- ылға- ны По- гиб- ло или уни- что- жено	Күн- нің со- ны- на қа- рай К кон- цу дня	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
202-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
202- қосымша

Приложение 202
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 202/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 202/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №_____

Бөлінген өсірінділерді және оларды жоюды есепке алу журналы
Журнал учета выделенных культур и их уничтожения

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж.(г.)

Штамм-ның нөмірі	Бөліну күні	Бөліну көзі	Үлгі алынған мекен-	Бөліну әдісі	Штамм-ның биотипі	Штамм-ның тарихы**	Жою күні, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә.
------------------	-------------	-------------	---------------------	--------------	-------------------	--------------------	--

Рет- тік нөмі- рі (По- ряд- ко- вый но- мер)	(Номер штам- ма)	Өсірінділердің латын тран- скрипция сын- ды атауы (Наименование культуры в ла- тинской тран- скрипции)	(Да- та вы- де- ле- ния)	(Ис- точ- ник выде- ле- ния)	жай және күні (Адрес и дата взятия образца)	(Спо- соб вы- деле- ния)	Штамм- ның типтілі- гі * (Типич- ность штам- ма)*	(Био- тип штам- ма)	(Судь- ба штам- ма)**	(ол болған жағ- дайда), қолы (Дата уничтоже- ния Ф.И.О (при его наличии), подпись прово- дившего иссле- дование)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

* - атиптік болса, белгілердің көрсетіңіз (при атипичности указать признаки).

** - жойылу, күні, акт №; мұражайға, коллекцияға, орталыққа және т. б.
берілді, күні (уничтожение, дата, № акта; передан в музей, коллекцию, центр и так
далее, дата)

I-II топтағы өсірінділер үшін жойылған немесе сақтауға берілген
объектілердің санын көрсетіңіз (для культур I-II групп указать количество
объектов, уничтоженных или переданных на хранение)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
203-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
203- қосымша

Приложение 203
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №203/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 203/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №_____

Зерттеуге түскен өсірінділерді тіркеу журналы

Журнал регистрации культур, поступивших на исследование

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Тіркеу нөмірі (Регист- раци- онный номер)	Қа- был- дан- ған күні (Дата по- ступ- ле- ния)	Өсірінді- нің атауы (Наиме- нование культу- ры)	Түскен өсірінді салынған ыдыс- тар (түтіктер, ампулалар және басқалар) саны (Количество поступивших ем- костей с культурой (пробирки, ампулы и другие))	Өсіріндіні жі- берген ұйым (Организация направившая культуру)	Зерт- теу мақса- ты (Цель иссле- дова- ния)	Зерттеу нәти- жесі берілген күн (Дата выдачи результата ис- следования)	Шығыс құ- жаттаманың нөмірі (Номер исхо- дящей доку- ментации)
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
204-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
204- қосымша

Приложение 204
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №204/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 204/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ 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.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____

2. _____

Тір- кеу нө- мірі	Талап түс- кен күн	Талап берген ұйым Организа- ция на- правив- шее тре- бование	Жіберілген Өсі- рінді атауы (штамның неме- се токсиннің нө- мірі) Наименование от- пущенной культу- ры (номер штам- ма или токсина)	Өсірінділер са- лынған сыйым- дылықтардың са- ны (қаптама түрі) Количество отпу- щенных емко- стей с культура- ми (вид упаков- ки)	Өсіріндінің жі- берілген күні. Шығыс құжат- таманың нөмірі Дата отпуска культур. Номер исходящей до- кументации	Өсіріндіні алған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдай- да), . сенімхаты, жеке ку- әлігінің нөмірі Ф.И.О (при его наличии). получившего культуры, до- веренность, номер удосто- верения личности	Ал- ға- ны ту- ра- лы кол- хат Рас- пис- ка в по- лу- че- нии
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
205-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
205- қосымша

Приложение 205
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №205/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 205/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №_____

Қоректік ортаны дайындау және бақылауды тіркеу журналы
Журнал регистрации приготовления и контроля питательных сред

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20__ ж.(Г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20__ ж.(Г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____

2. _____

Тір- кеу нө- мірі	Көрік- тік ор- таны дайын- дау кү- ні, айы, Регис- тра- ци- он- ный но- мер	Ба- қы- лау жүр- гізі- л- ген күн	Қо- рек- тік орта- ның ата- уы	Дайындал- ған қорек- тік орта- ның мөл- шері, литр- мен	Көректік ортаның сериясы және дай- ындалған күні	Инди- катор- лық бақы- лау штам- мы	Көрек- тік ор- таның сте- рильді- гін ба- қылау	Дай- ын- дал- ған ор- та- ның рН- ы рН при- го- тов- лен- ной сре- ды	Инди- каторлық штам- мың өсу сипаты	Харақ- тер ро- ста ин- дикатор- ного штамма	Көректік ортаның жа- рамдылығы туралы қо- рытынды. Зерттеу жүр- гізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), колы
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Заклучение о пригото- вленности среды. Ф.И.О (при его наличии), под- пись лица проводивше- го исследование

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
206-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
206- қосымша

Приложение 206
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №206/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 206/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №_____

Мұражайлық өсірінділер қозғалысын есепке алу журналы
Журнал учета движения музейных культур

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж.(г.)

	Микроб- тың ла- тын тран-	Ерекше атаула- ры	Штамм нөмірі		Бө- лі- ну	Бө- лі- ну	Зерттеу жүргізген адамның Т.	Штамм- ды жібер- ген ұй-	Штамм бар ыдыс-	Түс- кен күні	Штам- мы жою	Ес- керт- пе
--	---------------------------------	-------------------------	-----------------	--	------------------	------------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------	---------------------	--------------------	--------------------

Тір- кеу нө- мірі	скрипция- сында ғы атауы	Осо- бые на- звания	Номер штамма	Бө- лі- ну көзі	кү- ні Да- та	ор- ны Ме- сто	А.Ә. (ол болған жағ- дайда), лау- азымы	ымның атауы	тардың саны	Да- та по- ступ- ле- ния	тура- лы белгі	При- ме- ча- ние
Регис- тра- ци- он- ный но- мер	Наимено- вание микроба в латин- ской тран- скрипции			Ис- точ- ник вы- де- ле- ния			Ф.И.О (при его нали- чие), долж- ность лица, проводив- шего иссле- дование	Наимено- вание ор- ганизаци- и, на- правив- шей штамм	Коли- чество емко- стей со- штам- мами		От- метка об уни- что- же- нии штам- ма	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
207-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
207- қосымша

Приложение 207
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 207/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 207/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №__

Режимдік зертханаға келушілерді тіркеу журналы

Журнал регистрации посетителей режимных лабораторий

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Тіркеу нөмірі (Регистрацион- ный номер)	Келген күні мен уақыты (Дата и время посещения)		Келушінің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его нали- чии) посетителя)	Жұмыс орны (Место работы)	Келу мақ- саты (Цель по- сещения)	Алып келген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) ((Ф.И.О. (при его наличии), должность, подпись сопровождающего лица)
	Бастап- қы (Нача- ло)	Дей- ін (До)				
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
208-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
208- қосымша

Приложение 208
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 208/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 208/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №__

**Қоршаған ортадан алынған үлгілерді тіркеу және зерттеулер нәтижелерін
беру журналы**
**Журнал регистрации образцов из окружающей среды и выдачи результатов
исследований**

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20 __ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20 __ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрат- ионный номер	Күні, уақыты Дата, время		Үл- гінің ата- уы На- име- нова- ние об- раз- ца	Саны, көлемі, қорабы Количе- ство, объем, упаков- ка	Объектінің атауы, орналас- қан жері, үлгі іріктеуді жүр- гізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы Наименование, место нахож- дение объекта, Ф.И.О (при его наличии), должность спе- циалиста производившего от- бор	Үлгіні жеткізген ұй- ым мен маманның Т. А.Ә. (ол болған жағ- дайда), лауазымы Организация и Ф.И. О (при его нали- чии), должность спе- циалиста, доставив- шего образец	Зерттеу мақсаты Цель исследования
	Үлгілер- ді іріктеу Отбора образцов	Зерт- хана- ға ке- ліп түсуі По- ступ- ле- ния в лабо- рато- рию					
1	2	3	4	5	6	7	8
Зерт- теу ба- стал- ған күн Дата нача- ла ис- сле- дова- ния	Зерттеу нәтижесі Результат исследования				Зерттеу аяқталған күн Дата окон- чания ис- следования	Зерттеу жүргізген адамның қолы (Т.А. Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы) Подпись проводившего исследование (Ф.И.О (при его наличии), должность)	Зерттеу нәтижесін алу күні және ал- ған адамның Т.А. Ә. (ол болған жағ- дайда), қолы Дата и Ф.И.О (при его наличии), под- пись получившего результат исследо- вания
	Бакте- риоло- гиялық Бакте- риоло- гиче- ского	Серологи- ялық Серологи- ческого	Биологи- ялық Биологи- ческого	Ге- не- ти- ка- лық Ге- не- ти- че- ско- го			
9	10	11	12	13	14	15	16

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
209-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
209- қосымша

Приложение 209
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 209/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 209/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Консервілердің микробиологиялық зерттеулерін тіркеу журналы

Журнал регистрации микробиологических исследований консервов

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Күні (Дата)	Тір- кеу нөмі- рі (Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер)	Өнімнің атауы, үлгі қай- дан жет- кізілді және кім алды (Наиме- нование продукта. Откуда достав- лен и кем взят обра- зец)	Сырт- қы тү- рін қа- рау Осмотр внеш- него ви- да	Қы- сым- ға тө- зімді- лік сына- ғы Ис- пыта- ние на гер- ме- тич- ность	Се- бу кө- лем- дері (За- се- вае- мые объ- е- мы)	Термостатта ұстау (Термостатная выдержка)			Та- ғам- ның рН- ы (РН про- дук- та)	Мезофилді аэробты және фа- культативтік ана- разробты микро- организмдерді анықтау (Выявление ме- зофильных аэробных и фа- культативных анаэробных мик- роорганизмов)	
						Ин- куба- ция тем- пера- тура- сы (Тем- пера- тура ин- куба- ции)	Экс- по- зи- ция (тәу- лік) (Экс- по- зи- ция (сут- ки))	Экспозициядан кейінгі қаптаманың, өнімнің сырт- қы түрі (Внешний вид упаковки, продукта после выдержки)		Өсуін сипаттау (Опи- сание роста)	Мор- фоло- гия, те- сттер (Мор- фоло- гия, тесты)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Термофилді аэробты және факультативтік анаэробты микроорганизмдерді анық- тау (Выявление термофильных аэробных и факультатив- ных анаэробных микроорга- низ- мов)		Мезофилді облигатты анаэробтарды анықтау (Выявление мезофиль- ных облигатных анаэробов)		Спора түзбейтін микроорганизмдерді анықтау (Выявление неспорообразую- щих микрооргани- зов)			Бас- қа зерт- те- улер (Дру- гие ис- сле- до- ва- ния)	Зерт- теу нәти- желе- рі (Ре- зульт- тат ис- сле- дова- ния)	Зерттеу аяқталған күн Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), колы (Дата окончания ис- следования. Ф.И.О. (при его на- личии) подпись ли- ца, проводившего исследование)
Өсу- дің си- патта- масы	Морфология, те- сттер (Морфоло- гия, тесты)	Өсу- дің си- патта- масы	Морфоло- гия, тесттер (Морфоло- гия, тесты)	Қо- рек- тік орта- лар	Өсу- дің си- патта- масы	Морфоло- гия, тесттер (Морфоло- гия, тесты)			

(Опи- сание роста)		(Опи- са- ние ро- ста)		(Пи- та- тель- ные сре- ды)	(Опи- са- ние ро- ста)				
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
210-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
210- қосымша

Приложение 210
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 210/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 210/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

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	Зарар- сыздандыры- латын бұй- ымдар		Қап- та- ма- сы Упа- ков- ка	Зарар- сыздандыру уақыты, ми- нутпен		Режим Режим		Бақылау тесті Тест-контроль			Маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазы- мы және қолы Ф.И.О (при его наличии), должность и подпись специ- алиста, проводившего обез- зараживание
		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- лык Био- ло- ги- че- ский	Тер- мия- лык Тер- ми- че- ский	Хи- мия- лык Хи- ми- че- ский	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
211-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
211- қосымша

Приложение 211
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 211/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 211/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

**Адамдардан алынған үлгілерді тіркеу мен оларды аса қауіпті және зоонозды
инфекцияларға серологиялық зерттеудің нәтижелерін беру журналы**
**Журнал регистрации образцов и выдачи результатов серологических
исследований образцов от людей на особо опасные и зоонозные инфекции**

Басталуы (Начат) " _____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " _____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрацион- ный номер	Күні, уақыты Дата, время		Тексерілушінің Т.А.Ә. (ол болған жағдай- да), Ф.И.О. (при его наличии) обсле- дуемого	Жасы Возраст	Тұрғы- лықты мекен жайы Адрес прожи- вания	Жұ- мыс ор- ны, лауа- зымы Ме- сто рабо- ты, долж- ность	Диа- гнозы Диа- гноз	Зерт- теу мақ- саты Цель ис- сле- дова- ния			
	Үлгіні зертханаға қабылдау Поступления об- разца в лаборато- рию	Зерттеудің ба- сталған Начала иссле- дования									
1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Пассивті гемагглютинация реакциясы (ПГАР)											
Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на:											
ОЗ иер- сини- озға ОЗ иер- сини- оз	О9 иерсиниозға О9 иерсиниоз	Жал- ған ту- бер- ку- лезге Псев- доту- бер- кулез	Кристенсе- ни иерсини- озы иерсиниоз Кристенсени	Ли- сте- рио- зға Ли- сте- риоз	Лептоспи- розға Лепто- сприоз	Па- сте- рел- лез- ге Па- сте- рел- лез	Күйдіргі- ге Сибир- скую язву	Ту- ля- ре- ми- яға Ту- ля- ре- мию	Са- рып- ка Бру- цел- лез	Бөрт- пе сүзек- ке Сып- ной тиф	Қо- сым- ша ин- фек- ция- лар До- пол- ни- тель- ные ин- фек- ции
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Сарыпқа На бруцеллез		Риккетсиозға жүргізіле- тін комплементті бай- лау реакциясы (КБР) Реакция связывания комплемента (РСК) на риккетсиоз:			Лептоспироз антигенімен жүргізілген РМА РМА с лептоспирозным антигеном			Зерттеу жүргізген ма- манның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауа- зымы және қолы Ф.И.О (при его нали- чии), должность и под- пись специалиста, про- водившего исследова- ние			
Хеддль- сон реак- циясы	РозБенгал үлгісі Проба РозБенгал	Райт реак- циясы	Бернет	Сиби- рик	Му- зер	Провачек					



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 04.09.2026
Сактау күні 15.09.2026
Дата редакции 04.09.2026
Дата скачивания 15.09.2026

Реакция Хеддль- сона		Реак- ция Райта						
22	23	24	25	26	27	28	29	30

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
212-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
212- қосымша

Приложение 212
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 212/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 212/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Биологиялық зерттеулерді тіркеу журналы Журнал регистрации биологических исследований

Басталуы (Начат) "____" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "____" _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Жануарлар түрі Вид животных	Жұқтыру күні Дата заражения	Жұқтыру жо- лы Способ зара- жения	Биологиялық сынаманың нәтижесі Результат биологиче- ской пробы		Патологоанато- миялық картина Патологоанато- мическая карти- на
				Өл- гені Па- ло	Өл- тіріл- гені Убито	
1	2	3	4	5	6	7
Жағындыларды, ішкі ор- гандарды микроскоппен карау Микроскопия мазков, отпечатков внутренних органов	Ішкі органдарды микробио- логиялық зерттеу Микробиологическое ис- следование внутренних ор- ганов	Ішкі органдарды серологиялық зерттеу Серологическое исследование внутренних орга- нов	Зерт- теу нәти- жесі Ре- зульт- тат ис- следо- вания	Зерттеу аяқталған күн Дата окон- чания ис- следова- ния	Зерттеу жүргізген маман- ның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы Ф.И.О (при его наличии), подпись специалиста, про- водившего исследование	
8	9	10	11	12	13	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
213-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
213- қосымша

Приложение 213
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 213/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 213/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Иммундық-биологиялық препараттардың белсенділігін бақылау журналы Журнал контроля активности иммунобиологических препаратов

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

Тір- кеу нөмірі Регис- тра- цион- ный номер	Иммунобиологи- ялық препарат- тың атауы Наименование иммуно-биоло- гического препа- рата	Иммунобиологиялық препараттың сериясы мен шығарылған күні Серия и дата изготав- ления иммуно- биоло- гического препарата	Жа- рам- ды- лық мерзі- мі Срок год- ности	Ба- қы- лау күні Да- та кон- тро- ля	Препарат белсенділі- гінің жү- мыс титрі Рабочий титр ак- тивности препарата	Препараттың жарамдылығы туралы қоры- тынды Заклучение о пригодности препарата	Бақылау жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауа- зымы, қолы Ф.И.О (при его нали- чии), должность, под- пись проводившего контроль
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
214-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
214- қосымша

Приложение 214
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №214/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 214/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №_____

Дезинфекциялау сапасын (шайындыларды) зертханашілік бақылау журналы

Журнал внутрилабораторного контроля качества дезинфекции (смывы)

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Тіркеу нөмірі (Регистра ционный номер)		Күні, айы, жылы (Дата, месяц, год)		Объекті- нің атауы (Наименование объекта)	Шайынды алынған орын (Место взятия смыва)				Стафилококкқа тексеру (Исследование на стафилококк)								
									Орталардың ата- уы (Наименование сред)				Сәйкестендіруге арналған тесттер (Тесты для идентификации)				
													орта- да өсуі (Рост на сре- де)	ле- ци- тина- за	Мик- ро- ско- пия	Плаз- ма- коа- гула- за	
1		2		3	4				5				6	7	8	9	
ІТТБ-на (ішек таяқшалары тобындағы бактерияларға) зерттеу (Исследование на БГКП (бактерии группы кишечной палочки))				Басқа микроорганизмдерге зерттеу (Исследование на другие микроорганизмы)											Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)	Зерттеу аяқталуы жүргізген адам Ә. (ол болған күні) (Дата окончания) Ф.И.О.(при его подписи лица, проводившего исследование)	
Орталардың атауы (Наименование сред)	Сәйкестендіруге арналған тесттер Тесты для идентификации			Орталардың атауы (Наименование сред)	Сәйкестендіруге арналған тесттер (Тесты для идентификации)												
	ортада өсуі (Рост на среде)	Тығыз ортада өсуі (Рост на плотных средах)	Микроскопия														
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
215-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
215- қосымша

Приложение 215
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 215/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 215/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Ауаны зертханаішілік бақылауды тіркеу журналы

Журнал регистрации внутрилабораторного контроля воздуха

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1.

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгіні алу күні, уақыты (Дата, время отбора образца)	Үлгіні алу орны (Место отбора 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)	Лецитиназа	Микроскопия	Плазмакоагуляция
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Зерттеу нәтижелері (Исследование на плесень)		Зерттеу нәтижелері Результаты исследования			Зерттеу аяқталған күн, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Дата окончания исследования. Ф.И.О. (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование)
Экспозициясы, жылдамдығы Жіберілген ауаның көлемі (Экспозиция, скорость Объем пропущенного воздуха)	Колониялардың жалпы саны (Общее число колоний)	1 м3-дегі микроорганизмдер саны Количество микроорганизмов в 1 м3			
		Жалпы (Общее)	Алтын түстес стафилококк (Золотистый стафилококк)	Зең (Плесени)	
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
216-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
216- қосымша

Приложение 216
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 216/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 216/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__

Адамдардан алынған үлгілердің серологиялық зерттеулерін тіркеу журналы

Журнал регистрации серологических исследований образцов от людей

Басталуы (Начат) "___" _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20 ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НҚ):

Используемая нормативная документация (далее - НД):

1. _____
2. _____

Тір- кеу нө- мірі Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер	Зерт- те- улер жүр- гізіл- ген күн, ай, жыл Да- та про- веде- ния ис- сле- до- ва- ний	Зертте- лу- шінің Т.А.Ә. (ол болған жағ- дайда), Ф.И. О. (при его на- ли- чий) обсле- дуемо- го	Зерт- теу мақ- саты Цель ис- сле- дова- ния	Пассивті гемагглютинация реакциясы (ПГАР) Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на:											
				ОЗ иер- си- ни- озға ОЗ иер- си- ни- оз	О9 иер- си- ни- озға О9 иер- си- ни- оз	Жал- ған ту- бер- ку- лезге Псев- доту- бер- кулез	Кри- стен- се- ни иер- си- ниозына Иер- си- ни- оз Кри- стен- сени	Ли- сте- ри- оз ға Ли- сте- ри- оз	Леп- то- спи- розға Леп- то- спри- оз	Па- сте- рел- лез- ге Па- сте- рел- лез	Күй- дірті- ге Си- бир- скую язву	Ту- ля- ре- ми- яға Ту- ля- ре- мию	Бру- цел- лез- ге Бру- цел- лез	Бөрт- пе сүзек- ке Сып- ной тиф	Дер- бес тол- ты- ры- лады За- пол- ня- ется са- мо- сто- я- тель- но
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Бруцеллезге На бруцеллез												
Хеддельсон реакциясы Реакция Хеддельсона						РозБенгал сынамасы Проба РозБенгал			Райт бойынша реакция Реакция по Райта			
17						18			19			
Риккетсиозға КБР РСК на риккетсиоз					Лептоспироз антигени- мен жүргізілген РМА РМА с лептоспирозным антигеном			Зерттеу аяқтал- ған күн, ай, жыл Дата окончания исследования		Зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы Подпись, Ф.И.О (при его наличии), долж- ность лица, проводившего исследования		
Бер- нет	си- би- рик	Му- зер	Про- ва- чек									
20	21	22	23	24	25			26		27		

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
217-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
217- қосымша

Приложение 217
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 217/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 217/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

_____ (инфекция түріне) адамдардан алынған материал
үлгілерінің микробиологиялық зерттеулерін тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований образцов материала
от людей на _____ (вид инфекции)

Басталуы (Начат) " _____ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " _____ " _____ 20 ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НК):

Используемая нормативная документация (далее - НД):

1. _____

2. _____

Тір- кеу нө- мірі	Үлгіні жі- берген ұй- ымның ата- уы	Күні, айы, жы- лы		Зертте- лушінің Т.А.Ә. (ол болған жағдай- да), Ф.И.О. (при его на- личии) обсле- дуемого	Жа- сы Воз- раст	Ме- кен- жайы Ад- рес про- жи- ва- ния	Жұ- мыс ор- ны, лауа- зымы Ме- сто рабо- ты, долж- ность	Диа- гно- зы, ауыр- ған күні, айы, жы- лы Диа- гноз, дата забо- лева- ния	Зерт- теу мақ- саты Цель ис- сле- дова- ния	Зерт- телі- нетін мате- риал Ис- сле- дую- мый мате- риал	Зерт- теу нәти- же- лері Ре- зуль- тат ис- сле- дова- ния	Нәти- же беріл- ген күн, ай, жыл Дата выда- чи ре- зульт- тата	Зерт- теу жүргіз- ген адам- ның қолы, тегі, аты, әкесі- нің аты (ол болған жағ- дайда) Фами- лия имя отче- ство (при его на- ли- чии) , под- пись лица прово- дивше- го ис- следо- вание
		Үл- гінің алын- ған	Зерт- хан- амен қа- был- дан- ған По- ступ- ле- ния в ла- бора- то- рию										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
218-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
218- қосымша

Приложение 218
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 218/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 218/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №__

_____ зерттеуге арналған үлгілерді тіркеу журналы
(инфекция түріне)
Журнал регистрации образцов для исследования на _____
(вид инфекции)

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НҚ) (Используемая
нормативная
документация (далее – НД)):

1.

2.

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)		ЖСН ИИН	Жасы (Возраст)	Үлгі жіберген ұйым (Организация, направивший образец)	Диагнозы, негізгі симптомдары (Диагноз, основные симптомы)	Екпелер туралы деректер (Сведения о прививках)
1	2		3	4	5	6	7
Күні, айы, жылы Дата, месяц, год							
Ауырған (Заболевания)	Үлгі алу (Взятия образца)	Ауырған күні (День болезни)		Үлгіні жіберу (Отправки образца)	Үлгіні жеткізу (Доставки образца)		
8	9	10		11	12		
Зерттелетін үлгі (Исследуемый образец)	Зерттеу күні (Дата исследования)		Жасушалар сызығы (Линия клеток)	Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)	Жауап берілген күн (Дата выдачи ответа)		Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия имя отчество (при его наличии) лица, проводившего исследование)
13	14		15	16	17		18

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
219-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
219- қосымша

Приложение 219
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 219/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 219/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года №_____

Шетелден өсірінділер алуды тіркеу журналы

Журнал регистрации получения культур из-за рубежа

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20____ ж. (г.)

--	--	--	--	--	--	--	--

Тіркеу нөмірі (Регист- раци- онный номер)	Түс- кен күні, айы, жылы (Дата по- ступ- ления)	Өсірінді- лерді жі- берген ел (Страна, передавае- мая куль- туры)	Түсетін нөмірі немесе шифры бар штаммның атауы (Наименование шта- ма с поступающей ну- мерацией или шифром)	Түскен штамм салынған ыдыстар саны (Количество ем- костей с посту- пившем штам- мом)	Ілеспе құ- жаттама (Сопрово- дительная документа- ция)	Өсіріндіні алған адам- ның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы (Ф.И.О (при его нали- чии), должность, под- пись, получившего культуру)	Ес- керт- пе (При- меча- ние)
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
220-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
220- қосымша

Приложение 220
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 220/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 220/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

_____ (инфекция түріне) қарсы иммунитетті анықтауға арналған
үлгілерді тіркеу журналы

Журнал регистрации образцов для определения иммунитета к
_____ (вид инфекции)

Басталуы (Начат) " _____ " _____ 20 _____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (Г.)

Тіркеу нөмірі Регист- рацион- ный номер	Тексерілу- шінің тегі, аты, әкесінің аты Фамилия имя отчество, об- следуемого	Жа- сы Воз- раст	Үлгіні жібер- ген ұйым Организа- ция напра- вившая обра- зец	Үлгі жет- кізіл- ген күн Дата достав- ки об- разца	Зерттеу жүргізіл- ген күн Дата про- ведения ис- следования	Зерттеу нәтиже- сі Резуль- тат ис- следо- вания	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), ла- уазымы, қолы Фамилия имя отчество (при его нали- чии), должность, подпись лица, прово- дившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
221-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
221- қосымша

Приложение 221
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 221/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 221/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №__

Вирустық гепатиттерге серологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации серологических исследований на вирусные гепатиты

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

	Тексерілушінің тегі, аты, әкесі- нің аты, меди-	Диа- гнозы, ауыр-	Зерттеу мақ- саты, алғаш- қы немесе	Анти- ген- нің, ан-	Зерттеу нәтижелері Результаты исследований	Зерт- теу аяқтал-

Тір- кеу нө- мірі	Күні, айы, жы- лы	циналық карта- сының нөмірі Фамилия имя отчество, обсле- дуемого, номер медицинской карты	Үлгіні жібер- ген ұй- ым	ған күні, айы, жылы	қайта тексе- рілу Цель иссле- дования, первичное или повтор- ное обследо- вание	тиде- нелер- дің атауы								ған күн, ай, жыл, зертха- нашы- дәрі- гердің колы, тегі, аты, әкесі- нің аты (ол болған жағ- дайда), Дата окон- чания иссле- дова- ния, фами- лия имя отче- ство (при его на- ли- чии), под- пись врача- лабо- ранта
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
222-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
222- қосымша

Приложение 222
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 222/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 222/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №__

Штамдарды сәйкестендіру нәтижелерін есепке алу журналы
Журнал учета результатов идентификации штаммов

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20__ ж.(Г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20__ ж.(Г.)

Тіркеу нөмірі	Зерттеу күні, айы, жылы	Зертханалық үлгі	Штаммның сипаты Характеристика штамма		Диагностикалық эталондық сарысулар	Жұмысшы араластыру
---------------	-------------------------	------------------	--	--	------------------------------------	--------------------

Регистраци- онный но- мер		Дата ис- следова- ния		Лабора- торная модель			Ви- рус доза- сы Доза виру- са	Диагностические эталонные сыворотки	Рабочее разведе- ние	
1		2		3		4		5	6	7
Бақылау күндері Дни наблюдения						Типтеу нәтижесі Результат типиро- вания	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы Фамилия имя отчество (при его наличии), долж- ность, подпись лица, проводившего исследование			
1	2	3	4	5	6					
8	9	10	11	12	13		14	15		

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
223-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
223- қосымша

Приложение 223
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 223/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 223/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

_____вирусологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
(инфекция түріне)

Журнал регистрации вирусологических исследований на

(вид инфекции)

Басталды (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Аяқталды (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Жасушалар сызығы Линия клеток	Алғашқы жұқтыру Первичное заражение			Бірінші пассаж Первый пассаж			Екінші пассаж Второй пассаж	
		Первичное заражение			Первый пассаж			Второй пассаж	
		Күні, айы, дата, ме- сяц, год	Нәти- же ре- зультат	Бақы- лау Кон- троль	Күні, айы, дата, ме- сяц, год	Нәти- же ре- зультат	Бақы- лау Кон- троль	Күні, айы, дата, ме- сяц, год	Нәти- же ре- зультат
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Продолжение таблицы

Екін- ші пас- саж Вто- рой пассаж	Бейімделу Адаптация			Зерттеу нәти- жесі Результат ис- следования	Жауап жіберіл- генкүн, ай,жыл Дата выдачи от- вета	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы Фамилия, имя, отчество (при его наличии), долж- ность подпись Проводившего исследование
	Бақы- лау Кон- троль	Күні, айы, жылы дата, месяц, год	Нәти- же ре- зультат	Ба- қы- лау Кон- троль		
11	12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
224-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
224- қосымша

Приложение 224
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 224/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 224/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Тін өсіріндісінде жүргізілген серологиялық зерттеулердің нәтижелерін тіркеу журналы
Журнал регистрации результатов серологических исследований на культуре ткани

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20____ ж. (г.)

Тір- кеу нө- мірі Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер	Эта- лон- дық виру- стың си- патта- масы Ха- рак- тери- стика эта- лон- ного виру- са	Зерт- теу ба- стал- ған күн, ай, жыл Да- та на- чала ис- сле- до- ва- ния	Нәти- же- лер- ді есеп- ке алу күні, айы, жы- лы Дата уче- та ре- зультатов	Сарысуды араластыру (кері шамаларда) Разведение сывороток (в обратных вели- чинах)										Бақылау Контроль			Зерт- теу нәти- жесі Ре- зультат ис- сле- дова- ния	Зерт- теу аяк- тал- ған күн, ай, жыл Дата окон- ча- ния ис- сле- дова- ния	Зерт- теу жүргіз- ген адам- нын тегі, аты, әкесі- нің аты (ол болған жағ- дай- да), ла- уазы- мы, қо- лы Фами- лия имя отче- ство (при его на- ли- чии), долж- ность, под- пись лица, прово- дивше- го ис- следо- вание
															Ви- рус мөл- ше- рі До- за ви- руса	Са- ры- суын Сы- во- рот- ки			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
225-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
225- қосымша

Приложение 225
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 225/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 225/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №__

Паразиттік аурулар қоздырғыштарына зерттеп-қаралатын адамдарды тіркеу журналы

Журнал регистрации лиц, обследуемых на возбудителей паразитарных заболеваний

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) «__»____20__ж. (г.)

Тір- кеу нө- мірі (Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер)	Зертха- наға үлгінің түскен күні (Дата поступ- ления образ- ца в ла- борато- рию)	Тексерілетін адамның те- гі, аты, әкесі- нің аты (ол болған жағ- дайда), ЖСН (Фамилия, имя отче- ство (при его нали- чии), ИИН обследуемо- го)	Ту- ған жы- лы (Год рож- де- ния)	Ме- кен- жайы (Ад- рес про- жи- ва- ния)	Оқу, жұ- мыс ор- ны, бала- лар ұйы- мының атауы (Место работы, учебы, наимено- вание детской организа- ции)	Алғаш- қы, қай- та неме- се бақы- лаулық тексеру (Первич- ное, по- вторное или кон- троль- ное об- следова- ние)	Зерт- те- улер- дің саны (Ко- ли- че- ство ис- сле- дова- ний)	Нәти- же- лер бері- лген күн (Да- та выда- чи ре- зульт- тата)	Тексеру нәтиже- сі, бөлін- ген қоз- дыр- ғыш түрі (Результ- тат об- следова- ния, вид вы- делен- ного возбу- дителя)	Зерттеу жүр- гізген адам- ның қолы, те- гі, аты, әкесі- нің аты (ол болған жағ- дайда), (Фамилия, имя отчество (при его на- личии), под- пись лица, проводивше- го исследова- ние)	Ес- керт- пе (При- меча- ние)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
226-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
226- қосымша

Приложение 226
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 226/е нысанды меди- циналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы сала- сындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 226/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Рес- публики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Инфекциялық аурулар ошақтарындағы дезинфекциялау іс-шараларды
есепке алу журналы**
**Журнал учета дезинфекционных мероприятий в очагах
инфекционных заболеваний**

Тіркеу нөмі- рі	Күні, айы, жылы	Өтінім түскен ұйымның атауы (Наименование организации, от которого поступила заявка)	Эпидемиологи- ялық нөмірі	Науқас адамның тегі, аты, әкесі- нің аты (ол болған жағдайда)	Жа- сы	Ме- кен- жайы
--------------------	-----------------------	--	------------------------------	--	-----------	---------------------

(Регистраци- онный но- мер)	(Дата, месяц, Год)		(Эпидемиоло- гический но- мер)	(Фамилия, имя отчество (при его наличии), больного человека)	(Воз- раст)	(Ад- рес)
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Балалар ұйымының, мектептің, жоғар- ғы оқу орнының, жұмыс орнының ата- уы мен мекенжайы (Наименование и адрес детской органи- зации, школы, вуза, места работы)	Диа- гно- зы (Ди- а- гноз)	Аурухана- ға жатқы- зылған күні (Дата гос- питализа- ции)	Дезинфекция- лау наряды- ның нөмірі № (№ наряда на дезинфекцию)	Нарядты ал- ған адамның тегі (Фамилия ли- ца получив- шего наряд)	Ауруханаға жатқызылған кезден бастап дезинфекция- лау мерзімдері (Сроки дезинфекции с мо- мента госпитализации)
8	9	10	11	12	13

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Дезинфекцияның орындалмауы немесе уақытында орындалмау себебі (Причина невыполнения или не своевременного вы- полнения дезинфекции)	Дезинфекцияланды (дана, м ²) (Подвергнуто дезинфек- ции (штуки, м ²))	Заттарды дезинфекциялау (Дезинфекция вещей)		Дератиза- ция, м ²
		Камералық әдіспен, кг (Камерным методом)	Ылғалды әдіспен (Влажным методом)	
14	15	16	17	18

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Дезинсекция, м ² (Дезинсек- ция, м ²)	Адамдарды санитариялық та- зарту (Санитарная обработка лю- дей)		Дезинфекция жүргізген адамның тегі, аты (Фамилия, имя проводившего дезин- фекцию)	Дезинфекциялау сапасын бақылау (Контроль качества дезинфекции)		
	Тазартуға ти- істі (Подлежало)	Тазартыл- ған (Обработа- но)		Кү- ні (Да- та)	Зерттелген сына- малар (Исследовано проб)	Нәтиже (Резуль- тат)
19	20	21	22	23	24	25

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
227-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
227- қосымша

Приложение 227
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 227/е нысанды меди- циналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы сала- сындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 227/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Рес- публики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Жұмсақ мүкәммалды (киімдер мен төсек жабдықтары) камералық өндеуді
тіркеу журналы**
**Журнал регистрации камерной обработки мягкого инвентаря (одежды и
постельных
принадлежностей)**

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Дезинфекциялау (дезинсекция) жүргізілген күн, ай, жыл Дата проведения дезинфекции (дезинсекции)	Науқас адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), мекенжайы, түбіртек нөмірі (ұйым, корпус) Фамилия, инициалы больного человека, адрес, номер квитанции (организация, корпус)	Инфекция (жәндіктер) Инфекция (инсекты)	Дезинфекциялау (дезинсекция) объектілері, олардың саны немесе салмағы Объекты дезинфекции (дезинсекции), их количество или вес		
1	2	3	4	5		
Камераның шартты белгілері Условные обозначения камеры	Дезинфекциялау (дезинсекция) тәртібі Режим дезинфекции (дезинсекции)	Толтырылмаған камераны қыздыру уақыты Время прогрева не загруженной камеры		Толтырылған камераны қыздыру уақыты Время прогрева загруженной камеры		Дезинфекциялау (дезинсекция) температурасы Температура дезинфекции (дезинсекции)
		Басталуы сағ., мин. Начало час, мин.	Аяқталуы сағ., мин. Конец час, мин.	Басталуы сағ., мин. Начало час, мин.	Аяқталуы сағ., мин. Конец час, мин.	
6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
228-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
228- қосымша

Приложение 228
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 228/е нысанды меди- циналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы сала- сындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 228/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Рес- публики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Санитариялық-паразитологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации санитарно-паразитологических исследований

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Күні, айы, жы- лы	Үл- гінің атауы		Үлгі алу орны					Ес- керт- пе
------------------	----------------------	-----------------------	--	---------------------	--	--	--	--	--------------------

Регистрационный номер	Дата, месяц, год		Наименование образца	Саны, көлемі	Место отбора образца	Зерттеу мақсаты	Зерттеу нәтижесі	Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы	Зерттеу жүргізген адамның колы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы	Примечание
	Үлгіні алу	Зертханашымен қабылданған								
	Отбора образцов	Поступления в лабораторию				Цель исследования	Результат исследования	Дата окончания исследования	Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность, подпись проводившего исследование	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
229-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
229- қосымша

Приложение 229
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 229/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 229/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №__

**Үй шаңы кенелерінің болуына үй шаңының, мамықтан және қауырсынан
жасалған бұйымдардың үлгілерін зерттеуді тіркеу журналы**
**Журнал регистрации исследований образцов домашней пыли, пуховых и
перьевых изделий на наличие клещей домашней пыли**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Тір- кеу нөмі- рі (Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер)	Үлгі- лер- дің түс- кен күні (Да- та по- ступ- ле- ния об- раз- ца)	Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағ- дайда), ЖСН (Фамилия, имя, отче- ство (при его нали- чии), ИИН)	Ту- ған күні (Да- та рожд- де- ния)	Ме- кен- жайы (До- маш- ний ад- рес)	Жұмыс, оқу орны, бала- лар ұйымы- ның атауы (Место рабо- ты, учебы, на- именование детской орга- низации)	Жәндіктер немесе ке- нелер ша- буыл жаса- ған аумақ, күн (Террито- рия нападе- ния насеко- мых или клещей, да- та)	Зерт- теу күні (Да- та ис- сле- до- ва- ния)	Тек- серу нәти- жесі (Ре- зуль- 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 (ол болған жағ- дайда), лауазы- мы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность ис- полнителя)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
230-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
230- қосымша

Приложение 230
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 230/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 230/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №_____

Паразиттік ауруларға серологиялық зерттеулерді тіркеу журналы

Журнал регистрации серологических исследований на паразитарные заболевания

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Тір- кеу нөмірі (Регист- рацион- ный номер)	Тексерілетін адам- ның тегі, аты, әкесі- нің аты (ол болған жағдайда), ЖСН (Фамилия, имя, отче- ство (при его нали- чии), ИИН обследоу- емого)	Ту- ған жы- лы (Год рож- де- ния)	Тұр- ғы- лық- ты ме- кен- жайы (Адрес про- жива- ния)	Тексеруге жіберген ме- кеме (Учрежде- ние напра- вившее на обследо- вание)	Алғашқы, қай- та немесе бақы- лау үшін тексе- ру (Первичное, по- вторное или контрольное обследование)	Үлгіні тексеруге қабылдау күні Дата прие- ма образ- ца на ис- следова- ние	Диа- гно- зы, ауыр- ған кү- ні Диа- гноз, дата забо- лева- ния	Антиген- нің, анти- денелер- дің атауы Наимено- вание ан- тигена, антител	Зерт- те- удің әдісі Ме- тод ис- сле- до- ва- ния
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Зерттеу нәтижелері Результат исследования									Нәти- желер беріл- ген күн (Дата выда- чи ре- зульта- тов)	Зерттеу жүргізген адам- ның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), под- пись, проводившего иссле- дование)	Ес- керт- пе (При- меча- ние)
Гельминттер (Гельминты)				Қарапайымдылар (Простейшие)				Бас- ка- лар (көр- сеті- ңіз) (Про- чие) (ука- заты)			
Тиісті антигенге немесе антидене- ге анықталған иммуноглобулин- дер атауы (Наименованием выявляемых им- муноглобулинов к соответствующе- му антигену или антителу)				Тиісті антигенге немесе антидене- ге анықталған иммуноглобулин- дер атауы (Наименованием выявляемых им- муноглобулинов к соответствующе- му антигену или антителу)							
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
231-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
231- қосымша

Приложение 231
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 231/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 231/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Биосынамалы жануарларды тіркеу журналы Журнал регистрации биопробных животных

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

Биосынама алынған жануарлардың жұқтырылған күні, айы, жылы Дата заражения биопробных животных	Биосынама алынған жұқтырылған жануарлардың саны Количество зараженных биопробных животных	Инфекцияның атауы Наименование инфекции	Биосынама алынған жұқтырылған жануарлардың өлтірілу күні Дата убивки зараженных биопробных животных	Биосынама алынған өлтірілген жануарларды зарарсыздандыру тәсілі Способ обеззараживания убитых биопробных животных	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл, зерттеу жүргізген адамның Т.А. Ә. (ол болған жағдайда), қолы Дата окончания исследования, месяц, год, Ф.И.О (при его наличии), подпись проводившего исследование
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
232-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
232- қосымша

Приложение 232
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 232/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 232/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

**Адамдардан бруцеллезге (гемовісірінді) алынған үлгілерді тіркеу
және зерттеу нәтижелерін беру журналы**

**Журнал регистрации и выдачи результатов исследований образцов от
людей на бруцеллез (гемокультура)**

Басталуы (Начат) «_____» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «_____» _____ 20____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні, айы, жылы (Дата, месяц, год)		Үлгі жіберген ұйым (Организация, направившая образец)	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)	Жасы (Возраст)	Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)	Жұмыс орны, лауазымы (Место работы, должность)
	Үлгінің алынған (Отбора проб)	Зертханаға түсуі (Поступления в лабораторию)					
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Диагнозы (Диагноз)	Алғашқы, қайта тексеру (Первичное, повторное обследования)	Күні айы, жылы (Дата, месяц, год)			Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы және қолы (Ф.И.О. (при его наличии), должности подпись лица, проводившего исследование)
		Зерттеудің басталуы (Начала исследования)	Зерттеудің аяқталуы (Окончания исследования)	Нәтижелер берілген (Выдачи результатов)		
9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
233-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
233- қосымша

Приложение 233
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 233/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 233/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №_____

Қызылшаға/қызамыққа серологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации серологических исследований на корь/краснуху

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Үлгіні жіберген мекеме	Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты	Жасы Возраст	Мекенжайы	Бөртпе пайда болған күн, ай, жыл	Дене қызуы пайда	Қызылша-қызылша	Қызылшаға қарсы дозалар саны
---------------	------------------------	---------------------------------------	-----------------	-----------	----------------------------------	------------------	-----------------	------------------------------

Регистрационный номер	Учреждение на-правив-шее обра-зец		Фамилия, имя, отчество, об-следуемого			Адрес прожи-вания		Дата, месяц, год появле-ния сыпи		болған күн, ай, жыл Дата, ме-сяц,год появле-ния тем-пературы		қар-сы соң-ғы егу күні, айы, жылы Дата, ме-сяц, год по-след-ней вак-цина-ции кори	Количество доз против кори
1	2	4	5	6	7	8	9	10					
Қызыл-шаға қарсы соңғы егу кү-ні, айы, жылы Дата по-следней вакцина-ции красну-хи	Қы-зыл-шаға қар-сы доза-лар саны Коли-че-ство доз про-тив крас-нухи	Үлгінің алынған кү-ні, айы, жы-лы Дата отбо-ра образца	Зертханаға жіберілген күні, айы, жылы Дата отпра-вления в ла-бораторию	Зертхана-ға түскен күні, айы, жы-лы Дата по-ступле-ния в ла-борато-рию	Зертхана-ға түс-кен үлгі-нің жағ-дайы Состоя-ние об-разца при по-ступле-нии в ла-борато-рию	Ди-а-гно-зы Ди-а-гноз	Реак-ция кой-ыл-ған күн ай, жыл Да-та, ме-сяц, год по-ста-нов-ки реак-ции	Зерт-теу нәти-жесі Ре-зульт-ат ис-сле-дова-ния	Нәти-же бе-ріл-ген күн, ай, жыл Дата, ме-сяц, год вы-да-чи ре-зульт-ата	Зерттеу жүргіз-ген адамның те-гі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), луа-зымы қолы Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность и подпись лица, проводившего исследование			
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22			

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
234-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
234- қосымша

Приложение 234
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 234/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 234/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №_____

_____ люминисценттік зерттеулерді тіркеу журналы
(инфекцияның түріне)

Журнал
регистрации люминисцентных исследований на _____
(вид инфекции)

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Тір- кеу нөмі- рі	Зерттеу жүргізіл- ген күн, ай, жыл	Микроскопия нәтижелерін есепке алу/Учет результатов микроскопии								Зерт- теу нәти- жесі	Зерт- теу нәти- жесі	Зерттеу жүр- гізген маман- ның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағ- дайда), лауа- зымы және қолы
		А тұ- мауы Грипп А (H3N2)	А тұ- мауы Грипп А (H1N1)	В тұ- мауы Грипп В	Пара- тұмау ПГ 1 Пара- грипп ПГ 1	Пара- тұмау ПГ 2 Пара- грипп ПГ 2	Пара- тұмау ПГ 3 Пара- грипп ПГ 3	Аде- но- ви- рус	Ре- спи- ра- тор- лы сен- си- ци- ал- ды жа- су- ша- лар (РС) Ре- спи- рато- ные сен- си- ци- аль- ны клет- ки (РС)			
Регис- тра- ци- он- ный но- мер	Дата, ме- сяц, год проведе- ния иссле- дования									Ре- зуль- тат ис- сле- дова- ния	Да- та, ме- сяц, год вы- дачи ре- зуль- тата ис- сле- дова- ния	Фамилия, имя, отче- ство (при его нали- чии), долж- ность и под- пись специа- листа, прово- дившего ис- следование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
235-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
235- қосымша

Приложение 235
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 235/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 235/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №_____

Санитариялық вирусологияға зерттеуге алынған үлгілерді тіркеу журналы Журнал регистрации образцов для исследования на санитарную вирусологию

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20__ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20__ ж. (Г.)

Тіркеу нөмірі	Үлгі- нің ата- уы	Үлгіні жі- берген ме- кеме	Үлгінің зертханаға келіп түскен күні, айы, жылы	Зерттеу жүргі- зілген күн, ай, жыл	Зерттеу нәтиже- сі	Зерттеу жүргізген маманның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдай- да), 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 его наличии), должность, подпись лица проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
236-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
236- қосымша

Приложение 236
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 236/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 236/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №_____

**Бруцеллез қоздырғышының бөлінуін және бөлінген өсірінділерін
сәйкестендіруді тіркейтін жұмыс
журналы**
**Рабочий журнал регистрации выделения и идентификации выделенных
культур возбудителя
бруцеллеза**

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20 __ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20 __ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ,):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

Тір- кеу нө- мірі	Зертханаға ке- ліп түскен күні, айы, жылы, қай- дан әкелінді	Бөлінген қоздыр- ғыштың түрі, тір- кеу нөмірі, бөліну күні, айы, жылы	Зерттеу бастал- ған күн, ай, жыл	Колониялардың морфологиясы		Грам бойын- ша жасу- ша мор- фология- сы	Термо- агглю- тина- ция ре- акция- сы	Күкіртсуте- гі түзілуіне қатысты дифферен- циация	CO2 қа- жетті- лігі
				Сұйық корек- тік ор- тадағы	Тығыз корек- тік ор- тадағы				
Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер	Дата, месяц, год поступле- ния в лаборато- рию, откуда до- ставлен	Вид выделенного возбудителя, реги- страционный но- мер, дата выделе- ния	Дата, месяц, год на- чала ис- следова- ния	Жид- кой пи- татель- ной среде (ЖПС)	Плот- ной пи- татель- ной среде (ППС)	Морфо- логия клетки по Граму	Реак- ция термо- агглю- тина- ции	Дифферен- циация по образова- нию серово- дорода	потре- бность в CO2
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы/продолжение таблицы

Грам бойынша жа-суша морфологиясы Морфология клетки по Граму	Тер-моаг-глюти-нация реак-циясы Реак-ция термо-агглю-тина-ции	Күкіртсуте-гі түзілуіне қатысты дифферен-циация Дифферен-циация по образова-нию серово-дорода	CO2 қажет-тілігі потреб-ность в CO2	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-Виль-сон бойын-ша түсі Окраска по Уайт-Виль-сону	Трипофла-винді үлгі проба с трипофла-вином	Фағқа сезім-талдық Чувствитель-ность к фагу		МФА АФӘ	Қоз-дыр-ғыш түрі Вид воз-бу-ди-теля	Биотипі Отнесен к биоти-пу	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата, ме-сяц, год окончания исследования	Зерт-теу жүргіз-ген ма-ман-ның Т. А.Ә. (ол болған жағ-дайда)
Полива-лентті сарысу-мен С поли-валент-	Анти-мели-тен-зис са-ры-суы-мен	Ан-тиа-бор-тус са-ры-суы-мен			Тұтас Цель-ному	Ара-лас Раз-ве-					

ной сы- ворот- кой	с сы- ворот- кой анти- мели- тензис	С сы- ворот- кой антиа- бортус				ден- но- му					және қолы Ф.И. О. (при его на- ли- чии), и под- пись специ- али- ста, прово- дивше- го ис- следо- вание
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
237-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
237- қосымша

Приложение 237
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 237/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 237/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №_____

**Сыртқы орта объектілерінің үлгілерін иммундық-ферментті талдау (ИФТ)
әдісімен зерттеуді тіркейтін жұмыс журналы
Рабочий журнал регистрации исследования образцов от объектов внешней
среды методом иммуноферментного анализа (ИФА)**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Тіркеу нөмірі (Регистраци- онный но- мер)	Зерттеу басталған күн, ай, жыл (Дата, месяц, год на- чала исследования)		Үлгіні жіберген мекеме (Учреждение на- правившее обра- зец)	Үлгі алынған орын (Место отбора образ- ца)	Үлгінің атауы (Наименование об- разца)	Зерттеу мақсаты (Цель исследова- ния)
1	2		3	4	5	6
Нәтиже (Результат)			Зерттеу нәтижесі (Результат иссле- дования)	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл (Дата, месяц, год окончания исследова- ния)	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись специ- алиста, проводившего исследование)	
Антигенге (На антиген)	Антиденелерге (На антитела)					
	IgM	IgG				
7	8	9	10	11	12	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
238-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
238- қосымша

Приложение 238
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 238/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 238/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Адамдардан алынған материал үлгілерін иммундық-ферментті талдау
(ИФТ) әдісімен зерттеуді тіркейтін жұмыс журналы
Рабочий журнал регистрации исследования образцов материала от людей
методом иммуноферментного анализа (ИФА)**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Тіркеу нөмірі (Регистраци- онный но- мер)	Зерттеу басталған күн, ай, жыл (Дата, месяц, год на- чала исследования)	Тексерілетін адамның Т. А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его нали- чии) обследуемого)	Жа- сы (Воз- раст)	Тұрғы- лықты мекен жайы (Адрес прожива- ния)	Үлгіні жіберген мекеме (Учреждение на- правившее обра- зец)	Диа- гно- зы (Ди- а- гноз)	Зерттеу мақсаты (Цель исследо- вания)
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Нәтижесі (Результат)		Зерттеу нәтижесі (Результат иссле- дования)	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл (Дата, месяц, год окончания исследования)	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдай- да), қолы (Ф.И.О (при его наличии), подпись специалиста, прово- дившего исследование)
Анти- генге (Анти- ген)	Антиде- неге (На ан- титело)			
9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
239-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
239- қосымша

Приложение 239
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 239/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 239/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Сібір жарасына микробиологиялық зерттеуді тіркейтін жұмыс журналы
Рабочий журнал регистрации микробиологических исследований на
сибирскую язву

Басталуы (Начат) "____" _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "____" _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ,):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

реттік нөмірі поряд- ковый номер	тіркеу нө- мірі регистра- ционный номер	зерттеу ба- сталған күн, ай, жыл дата нача- ла исследо- вания	өсу сипаты характер роста		жасушалар морфологиясы морфология клеток (микроскопия)				антиденелер әдісі АФЭ Метод флуо- ресцирующих Антител МФА
			Сұйық корек- тік ортада (СҚО-да) Жидкой пи- тательной среде (ЖПС)	Тығыз корек- тік ортада (ТҚО-да) Плотной пи- тательной среде (ППС)	Грам бой- ын- ша по Гра- му	Реби- гер бой- ынша по Ре- биге- ру	Романов- ский-Гим- за бойынша по Рома- новскому- Гимза	Гинс- Бурри	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы/ Продолжение таблицы

Пассивті гемагглютинация Реакция- сы (ПТР) Реакция пассивной гемагглютина- ции (РПГА) на:		капсуланың пайда бо- луы капсулообразование (Михину)		Фаг сезгіш- тігі чувстви- тель- ность к фагу	фосфата- зды бел- сенділігі фосфа- тазная актив- ность	"маржан алқа" те- сті тест "жемчуж- ное оже- релье"	пеницилли- назды бел- сенділігі пеницилли- назнаяак- тивность	гемолити- калы бел- сенділігі гемолити- ческаяак- тивность
11		12		13	14	15	16	17
т.б. әдістер другие методы	Зертхана жануар- ларына арналған патогендік Патогенность для лабораторных жи- вотных	Антибио- тикерді сезгіштігі чувствитель- ность к ан- тибиотикам	Зерттеу нәти- жесі результат ис- следования	Зерттеу аяқтал- ған күн, ай, жыл Дата оконча- ния исследова- ния	Зерттеу жүргізген адамның Т.А. Ә. (ол болған жағдайда) және колы Ф.И.О. (при его наличии) и под- пись проводившего исследова- ние			
18	19	20	21	22	23			

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
240-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
240- қосымша

Приложение 240
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 240/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 240/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Пастереллезге микробиологиялық зерттеуді тіркейтін жұмыс журналы
Рабочий журнал регистрации микробиологических исследований на
пастереллез

Басталуы (Начат) "____" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "____" _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ,):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

реттік нөмірі поряд- ковый номер	тіркеу нө- мірі регистра- ционный номер	зерттеу ба- сталған күн, ай, жыл дата начала исследова- ния	өсу сипаты характер роста		жасушалар морфоло- гиясы морфология клеток (микроскопия)		Пассивті гемагглютина- ция Реакциясы (ПГР) Реакция пассивной ге- магглютинации (РП- ГА) на:
			Сұйық корек- тік ортада (СҚО-да) Жидкой пита- тельной среде (ЖПС)	Тығыз корек- тік 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

Кестенің жалғасы/ Продолжение таблицы

гемоли- тикалы белсенді- лігі гемоли- тическая актив- ность	индол- дың пайда болуы образо- вание индола	уреазная ак- тивность Уреазды белсенділігі	орнитин	лизин	арабиноза	глюкоза	эскулин	рам- ноза	Қоз- ғалғы- штығы По- движ- ность	фе- нил- ала- нин
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
лактоза	са- ха- ро- за	Мальтоза	ино- зит	са- ли- цин	трига- лоза	Зертхана жа- нуарларына арналған пато- гендік Патогенность для лаборатор- ных животных	Антибио- тикерді сезгіштігі чувстви- тельность к антибио- тикам	Зерт- теу нәтиже- сі результ- ат ис- следо- вания	Зерттеу аяқтал- ған күн, ай, жыл Дата оконча- ния ис- следо- вания	Зерттеу жүр- гізген адам- ның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) және қолы Ф.И.О. (при его наличии) и подпись проводивше- го исследова- ние
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
241-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
241- қосымша

Приложение 241
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 241/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 241/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Молекулалық-генетикалық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации молекулярно-генетических исследований

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің	ЖСН (ИИН) /	Үйі- нің ме-	Диа- гно- зы	Үлгі- нің түс- кен кү-	Үлгіні жолда- ған меке-	Зерт- теу жүргі-	Нәти- же бері-	Зерттеу жүргіз- ген адамның тегі, аты, әкесі-
--	-------------------	--------------------	--------------------	------------------------------	-------------------------------	------------------------	----------------------	---

Тір- кеу нө- мірі (Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер)	аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его нали- чии) обследо- емого)	Жасы (Воз- раст)	кен- жайы (До- маш- ний ад- рес)	(Ди- а- гноз)	Зерт- теле- тін үлгі (Ис- сле- дую- мый об- разец)	ні, айы, жылы (Дата, месяц, год по- стуже- ния об- разца)	менің атауы Наимено- вание ор- ганизации на- правив- шего об- разец	зілген күн, ай, жыл (Дата, месяц, год по- сле- дствия ис- слеова- ния)	Зерт- теу нәти- жесі (Ре- зуль- тат ис- сле- дова- ния)	лген күн, ай, жыл (Да- та, ме- сяц, год выда- чи ре- зультата)	нің аты (ол болған жағдай- да), лауазымы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность ли- ца, проводив- шего исследо- вание)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
242-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
242- қосымша

Приложение 242
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 242/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 242/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Сыртқы орта объектілерінен алынған үлгілерді молекулалық-генетикалық
зерттеуді тіркеу және нәтижелерін беру журналы**
**Журнал регистрации и выдачи результатов молекулярно-генетического
исследования образцов от объектов внешней среды**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні, уақыты (Дата, время)		Үлгіні жіберген мекеме (Учреждение направившее образец)	Үлгі алу орны (Место отбора образца)	Зерттеу мақсаты (Цель исследования)	Зерттелетін үлгі (Исследуемый образец)
	Үлгі алынған (Отбора образца)	Үлгінің зертханаға түскен (Поступления образца в лабораторию)				
1	2	3	4	5	6	7
Зерттеу басталған күн, ай, жыл (Дата, месяц, год начала исследования)	Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)		Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл (Дата, месяц, год окончания исследования)	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О (при его наличии), подпись специалиста, проводившего исследование)		
8	9		10	11		

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
243-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
243- қосымша

Приложение 243
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 243/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 243/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Адамдардан алынған үлгілерді молекулалық-генетикалық зерттеуді тіркеу
және нәтижелерін беру
журналы
Журнал регистрации и выдачи результатов молекулярно-генетического
исследования образцов от
людей**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрацион- ный номер	Күні, уақыты Дата, время		Тексерілушінің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии) об- следуемого	Жа- сы Воз- раст	Ме- кен жайы Ад- рес про- жива- ния	Үлгіні жолда- ған ұйым Организация, направившая образец	Ди- а- гно- зы Ди- а- гноз
	Үлгі алу Отбора образца	Үлгіні қабыл- дау Поступления образца					
1	2	3	4	5	6	7	8
Зерттеу мақса- ты Цель иссле- дования	Зерттеліне- тін үлгі Исследуе- мый обра- зец	Зерттеу басталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год начала исследова- ния	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн ай, жыл Дата, месяц, год окончания исследо- вания	Зерттеу жүргізген маманның Т. А.Ә. (ол болған жағдайда), лау- азымы қолы Ф.И.О (при его наличии), долж- ность подпись специалиста, проводившего исследование		
9	10	11	12	13	14		

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
244-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
244- қосымша

Приложение 244
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 244/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 244/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Зооноздық инфекцияларға микробиологиялық зерттеулерді тіркейтін жұмыс журналы

Рабочий журнал регистрации микробиологических исследований на зоонозные инфекции

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

Тір- кеу нө- мірі Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер	Зерттеу бастал- ған күн, ай, жыл Дата на- чала ис- следова- ния	Өсу сипаты Характер роста		Жасуша морфологиясы Морфология клеток (мик- роскопия)			АФЭ Метод флуоресци- рующих Антител - МФА	Пассивті геамаглютинация реакциясы: Реакция пассивной геагглютинации (РІ			
		Сұйық ко- ректік орта- да (СҚО-да) На жидкой питатель- ной среде (ЖПС)	Тыг- ыз ко- рек- тік орта- да (ТҚО- да) На плот- ной пита- тель- ной среде (ППС)	Грам бой- ын- ша по Гра- му	Ре- би- гер бой- ын- ша по Ре- би- геру	Романов- ский- Гимза бойынша по Рома- новско- му-Гимза		Иер- си- ни- озга Иер- си- ниоз	Псев- доту- бер- ку- лезге Псев- доту- бер- кулез	Пасте- реллез- ге Пасте- реллез	Лепто- спироз- ға Леп- тоспироз
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Биохимиялық қасиеттері Биохимические свойства

Желати- наның сұйылуы Разжи- жение желати- ны	Оксидазды белсенділігі Оксидазная активность	Ката- лаз- ды бел- сен- ділігі Ката- лаз- ная ак- тив- ность	Кү- кірт- сутек- тің пайда болуы Обра- зова- ние серо- водо- рода	Гемолитикалы белсенділігі Гемолитическая активность	Уреажды белсенділі- гі Уреазная активность	Несепнәр гидролизі Гидролиз мочевины	Индолдың пайда бо- луы Образова- ние индола	Орнитин	Лизин
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Биохимиялық қасиеттері Биохимические свойства												
Сахароза	Маль- тоза	Лак- тоза	Ино- зит	Салицин	Три- га- лоза	Эс- ку- лин	Рам- ноза	Ман- нит	Қоз- ғалғы- штығы	Фе- нил- ала- нин	Нит- рат- тар- дың қал-	Фо- гес- Про- скау- эр

									По- движ- ность		пы- на ке- луі Вос- ста- нов- ле- ние нит- рат- тов	реак- ция- сы реак- ция Фо- гес- Про- скау- эра
28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Диагностикалық сарысулары- мен агглютинация реакциясы Реакция агглюти- нации с ди- агностическими сыворотками	Зертхана жануар- ларына арналған патогендік Патогенность для лаборатор- ных животных			Антибиотиктер- ге сезімталдық Чувствитель- ность к антибио- тикам	Зерттеу нәтиже- сі Резуль- тат ис- следова- ния	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год окон- чания исследования				Зерттеу жүргіз- ген маманның Т. А.Ә. (ол болған жағдайда), лауа- зымы қолы Ф.И.О (при его наличии), долж- ность подпись специалиста, проводившего исследование		
41	42			43	44	45				46		

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
245-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
245- қосымша

Приложение 245
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 245/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 245/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Туляремияға микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы Журнал регистрации микробиологических исследований на туляремию

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Тір- кеу нө- мірі (Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер)	Зерт- теу ба- стал- ған күн (Дата нача- ла ис- сле- дова- ния)	Өсу сипаты					Грам бойынша жасуша морфоло- гиясы (Морфо- логия клеток по Граму (микро- скопия))	АФӨ - антидене- лердің флуорес- ценция әдісі Метод флуорес- цирую- щих ан- тител (МФА)	Био сынама алынған жа- нуарлар- дың жұғын- ды-таңбала- ры (Мазки-от- печатки от биопроб- ных живот- ных)	Кап- сула- ның пай- да бо- луы (Кап- суло- обра- зова- ние)	Спо- ра- ның түзі- луі (Спо- рооб- разо- ва- ние)	Фаг- ка се- зім- тал- дық Чув- стви- тель- ность к фа- гу
		Характер роста										
		Сұйық корек- тік орта- да (СҚО- да) (На жидкой пита- тельной среде (ЖПС))	ТҚО-да на ППС									
Ет- пеп- тон- ды агар- да ЕПА (Мя- со- пеп- тон- ном агаре МПА)	Қан- ды агар- да (Кро- вя- ном ага- ре)		Шо- ко- лад- ты агар- да (Шо- ко- лад- ном ага- ре)	Ци- сте- ин- мен бай- ыты- лған (Обо- га- щен- ной ци- стеи- ном)								
1	2	3	4	5	6	7	8	10	11	12	13	14

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Биохимиялық қасиеттері						Туляремия сарысуы бар агглютинация реакциясы (Реакция агглютинации с туляреминой сывороткой)	Зертхана жануарлары үшін патогенділік (Патогенность для лабораторных животных)	Антибиотиктерге сезімталдығы (Чувствительность к антибиотикам)	Зерттеу нәтижесі (Результат)	Зерттеу аяқталған күн (Дата окончания исследования)	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы (Ф.И.О (при его наличии), должность, подпись специалиста, проводившего исследование)
Биохимические свойства											
Глицериннің ферменттелуі (Ферментация глицерина)	Оксидазды белсенділік (Оксидазная активность)	Каталаздық белсенділік (Каталазная активность)	Бета-лактамазды тест (Бета-лактамазный тест)	Қозғалғыштығы (Подвижность)	Уреазды белсенділік (Уреазная активность)						
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
246-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
246- қосымша

Приложение 246
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 246/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 246/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Тырысқақ қоздырғышының болуына сыртқы орта объектілерінің үлгілерін
және зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы**
**Журнал регистрации образцов и результатов исследований объектов
внешней среды на наличие возбудителя холеры**

Басталуы (Начат) "____" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "____" _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі	Үлгіні жолдаған ұйым	Зерттелінетін үлгі	Объектінің мекен-жайы	Күн, айы, жылы және уақыты			
				Дата, месяц, год и время			
Регистрационный номер	Организация, направившая образец	Исследуемый образец	Адрес объекта	Үлгі алу Взятия образца	Зертханаға келіп түсуі Поступления в лабораторию		
1	2	3	4	5	6		
Судың t °C t°C воды	Су-дың pH pH 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. (ол болған жағдайда), лауазымы қолы Ф.И.О (при его 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
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
247-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
247- қосымша

Приложение 247
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 247/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 247/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Сынамаларды қабылдау және үлгілерді тіркеу журналы

Журнал регистрации образцов и приема проб

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

--	--	--	--	--	--	--	--

Рет- тік нө- мірі (По- ряд- ко- вый но- мер)	Өтініштің қа- ралған күні (Дата по- ступления обращения)	Мекеменің ата- уы, мекенжайы (Наименование предприятия, адрес)	Сына- маның атауы (Наиме- нова- ние проб)	Сына- ма кө- лемі (Коли- че- ство проб)	Сынама алған зерт- ханалар (Лаборато- рии полу- чив шие про- бы)	Зерттеу нәтижесін алу күні, хаттама нөмірі (Дата получения результа- тов исследования, номер протокола)	Хаттаманы алу күні және алушы- ның қолы (Дата и подпись получившего про- токола)
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
248-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
248-қосымша

Приложение 248
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 248/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 248/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

Тырысқақтың бөлінген өсірінділерінің сипаттамасын есепке алуды тіркеу журналы

Журнал регистрации учета характеристики выделенных культур холеры

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Штамм №	Микроб- тың түрі	Зерт- теу объек- тісі	Күні, айы, жылы	Алғашқы себу	Мор- фоло- гиясы	Окси- даза	Бар бо- луы	Хью-Лейфсон орта- сында глюкозаның ыдырау типі
--	------------	------------------------	--------------------------------	--------------------	-----------------	------------------------	---------------	-------------------	--

	(№ штам- ма)	(Вид- мик- роба)	(Объ- ект иссле- дова- ния)	(Дата, ме- сяц, год)	(Первич- ный посев)	(Мор- фоло- гия)	(Ок- сида- за)	(На- ли- чие)	(Тип расщепления глюкозы в среде Хью-Лейфсона)		
				Материал- ды алу (Взятия ма- териала)	Өсіріндіні бөліп алу (Выделе- ния культу- ры)		Жасу- шалар (Клет- ки)	Ко- ло- ни- я- лар Ко- ло- ний			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Лизиннің декарбоксилазалары (Декарбоксилазы лизина)		Аргининнің дегидролазасы (Дегидролазы аргинина)			Аэробты (Аэробный)		Анаэробты (Анаэробный)				
		Орнитиннің (Орнитина)									
11		12			13		14				
Биохимиялық белсенділігі (Биохимическая активность)						Тырысқақ сарысуларымен агглютинабельділігі (Агглютинабельность холерными сыворотками)					
Сахароза	Ман- ноза	Ара- бино- за	Лак- тоза	Ман- нит	Инозит	Же- ла- ти- на	«О»	Огава	Инаба	О 139	RO
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

ПГАР (РНГА)			ФАӨ МФА	Тырысқақ фағтарына сезімталдық Чувствительность к холерным фагам								
				«С»			Эльтор		ДДФ		ХДФ-3,4,5	
27			28	29			30		31		32	
Фа- го- тип (Фа- го- тип)	Фогес-Про- скауэр реак- циясы (Реакция Фо- гес-Проскауэ- ра)	Гемагглю- тинация (Гемагглю- тинация)	Ге- мо- лиз (Ге- мо- лиз)	Жас көжектерде сы- налған вирулентті- лік (Вирулентность на кроликах сосунках)	Антибиотиктерге сезімталдық (Чувствительность к антибиотикам)						ПТР нәти- желе- рі (Ре- зультаты ПЦР)	
					Тет- ра- цик- лин	Лев- о- ми- це- тин	Ципро- флок- сацин	Ген- та- ми- цин	Бас- қа- лар (Дру- гие)	По- ли- мик- син 50 ед. /мл		
33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
249-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
249-қосымша

Приложение 249
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 249/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 249/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Тырысқақ қоздырғышының болуына адамдардан алынған материал
үлгілерін және зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы
Журнал регистрации образцов материала от людей и результатов
исследования на наличие возбудителя холеры**

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

тіркеу нөмірі регистрационный номер	Зерттелушінің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии) обследуемого		Жасы Возраст	Жұмыс орны, қыз- меті Место работы, должность		Ме- кен- жайы Ме- сто жи- тель- ства	Үлгіні жолдаған ұйым Организация, на- правившая обра- зец	Контин- гент немесе диагноз Контин- гент или ди- агноз
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		Зерт- теліне- тін үл- гі Иссле- дую- мый обра- зец	Зерт- теу нәти- жесі Резуль- тат ис- следо- вания	Зерттеу аяқ- талған күн, ай, жыл Дата, месяц, год оконча- ния исследо- вания		Зерттеу жүргізген маманның Т. А.Ә. (ол болған жағдайда), лауа- зымы қолы Ф.И.О (при его наличии), долж- ность подпись специалиста, про- водившего исследование	
	Үлгі алу Взятия образца	Зертхана- ның қабылда- ған Поступления в лабораторию						
8	9	10	11	12	13		14	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
250-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
250- қосымша

Приложение 250
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 250/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 250/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Аэроиондар шоғырлануын өлшеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации измерений концентрации аэроионов

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж.(г.)

Тіркеу нөмірі	Кү- ні, айы,	Объекті- нің ата- уы	Цех, бө- лім	Аэроиондардың концентрациясы Кон- центрации аэроионов	Униполярлы коэф- фициенті,	
------------------	--------------------	----------------------------	--------------------	--	-------------------------------	--

(Регистрационный номер)	жылы (Дата, месяц, год)	(Наименование объекта)	(Цех, отдел)	Жұмыс орындарының саны (Количество рабочих мест)	Оң иондар саны (Число положительных ионов, в 1 см ³)		Теріс иондар саны (Число отрицательных ионов, в 1 см ³)		(Коэффициент униполярности)		Аэроиондардың полярлығы (Полярность аэроионов) p ⁺ p ⁻
					Өлшенген Измеренное	Шекті рұқсат етілген Предельно допустимое	Өлшенген Измеренное	Шекті рұқсат етілген Предельно допустимое	Өлшенген Измеренное	Шекті рұқсат етілген Предельно допустимое	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы/Продолжение таблицы

Аэроиондардың шоғырлануы, р, (ион/см ³) Концентрации аэроионов, р, (ион/см ³)								Униполяр- лылық ко- эффици- енті, У (Коэффи- циент униполяр- ности, У)	Қолданылған құралдардың атауы (Наименова- ние использо- ванных при- боров)	Зерттеу жүргізген маман- дардың тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) специали- стов, проводивших измере- ние)			
Өлшем бірлігінің мәні, р _і , (Значения единичного измерения, р _і)											Орташа мәндер (Средние значения)		
1	2	3	4	5	6	7	8				Рор- таша Рсред	Pmin	Pmax
13	14	15	16	17	18	19	20				21	22	23

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
251-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
251-қосымша

Приложение 251
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 251/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 251/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Тамақтан улануларды микробиологиялық зерттеулерді тіркейтін жұмыс
журналы**
**Рабочий журнал регистрации микробиологических исследований пищевых
отравлений**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Күні Да- та	Тір- кеу нөмі- рі Регис- тра- цион- ный номер	Өнім- нің, сы- нама- ның атауы Наиме- нова- ние про- дукта, пробы	МА- ФАМ	Титр E. coli	Про- тей титрі Титр про- тея	Саль- монел- лаға, шигел- лаға зерттеу Иссле- дова- ние на сальмо- неллы, шигел- лы	Стафи- ла- коккқа зерттеу Иссле- дова- ние на стафи- лококк	Энте- ро- коккқа зерттеу Иссле- дова- ние на энтеро- кокк	Cereus- ке зерт- теу Иссле- джова- ние на V. cereus	Анаэ- роб- тар Анаэ- робы	Био- сы- на- ма Био- про- ба	Нәти- же Ре- зульт- тат	Күні, қолы Да- та, под- пись
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
252-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
252- қосымша

Приложение 252
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 252/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация форма № 252/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

Тамақтан улануларды микробиологиялық зерттеулерді (ботулотоксинге зерттеулерді) тіркеу журналы

Журнал регистрации микробиологических исследований пищевых отравлений (исследований на ботулотоксин)

Күні (Дата)	Тіркеу нөмірі	Өнімнің, сы- наманың ата- уы	МА- ФАМ	Е. солтит- рі	Про- тей титрі	Сальмонелла- ға, шигеллаға зерттеу	Стафила- коккқа зерттеу	Энтеро- коккқа зерттеу	Cereus- ке зерт- теу	Анаэ- роб- тар
----------------	------------------	------------------------------------	------------	---------------------	----------------------	--	-------------------------------	------------------------------	----------------------------	----------------------

	(Регистрационный номер)	(Наименование продукта, пробы)		Титр E.coli	(Титр протей)	(Исследование на сальмонеллы, шигеллы)	(Исследование на стафилококк)	(Исследование на энтерококк)	(Исследование на сereus)	(Анаэробы)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Биосынама/Биопроба /Бейтараптандыру реакциясы/Реакция нейтрализации/															
ABCEF сарысулар қоспасы Смесь сывороток ABCEF								Бақылау / Контроль							
1 күн		2 күн		3 күн		4 күн		1 күн		2 күн		3 күн		4 күн	
12		13		14		15		16		17		18		19	
Биосынама /Биопроба Бейтараптандыру реакциясы/ Р.нейтрализации /															
Сарысу "А" түрі Сыворотка тип А"				Сарысу "В" түрі Сыворотка тип " В "				Сарысу "С" түрі Сыворотка тип " С "							
1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн		2 күн		3 күн		4 күн	
1	2	3	4	5	6	7	8	9		10		11		12	

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Биосынама/Биопроба/ Бейтараптандыру реакциясы / Р.нейтрализации /												Нәтиже Результат	Күні, қолы Дата, подпись
Сарысу «Е» түрі Сыворотка тип «Е»				Сарысу « F» түрі Сыворотка тип «F»				Бақылау /Контроль					
1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн	2 күн	3 күн	4 күн		
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
253-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
253- қосымша

Приложение 253
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 253/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация форма № 253/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

**Тамақтан улануларды микробиологиялық зерттеулерді (ботулизм
қоздырғышына зерттеулерді) тіркейтін жұмыс журналы**
**Рабочий журнал регистрации микробиологических исследований пищевых
отравлений (исследований на возбудителя ботулизма)**

Күні Да- та	Тіркеу нө- мірі	Өнімнің, сы- наманың ата- уы	МА- ФАМ	Титр E.coli	Про- тей титрі	Сальмонелла- ға, шигеллаға зерттеу	Стафила- коккқа зерттеу	Энтеро- коккқа зерттеу	V.cereus- ке зерт- теу	РН сре- ды
-------------------	--------------------	------------------------------------	------------	----------------	----------------------	--	-------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------

	Регистра- ционный номер	Наименова- ние продук- та, пробы			Титр про- тея	Исследование на сальмонел- лы, шигеллы	Исследова- ние на ста- филококк	Исследо- вание на энтеро- кокк	Иссле- дкова- ние на В. segeus	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы/ Продолжение таблицы

Анаэробтар Анаэробы								Нәтиже/ Результат Күні, қолы/ Дата, подпись
Китт-Тароцци қоректік ортасы / Ср.Китт-Тароцци Қыздырылған егінді 80 to-37o/ гре- тая при 80o на to 37o				Китт-Тароцци қоректік ортасы / Ср.Китт-Тароцци Қыздырылған егінді 60 to-30o/ гре- тая при 60o на to 30o				
2 күн	4 күн	6 күн	10 күн	2 күн	4 күн	6 күн	10 күн	
12	13	14	15	16	17	18	19	20

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
254-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
254- қосымша

Приложение 254
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 254/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 254/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Иерсиниозға микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований на иерсиниоз

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Күні	Тіркеу нөмірі	Өнімнің атауы	Объект	Себу күні	10 күннен кейін 1 рет қайта себу күні	5 күннен кейін 2 рет қайта себу күні	5 күннен кейін	Зерттеу нәтижесі	Күні қолы
------	---------------	---------------	--------	-----------	---------------------------------------	--------------------------------------	----------------	------------------	-----------



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 04.09.2026
Сактау күні 15.09.2026
Дата редакции 04.09.2026
Дата скачивания 15.09.2026

(Дата)	(Регистрационный номер)	(Наименование продукта)		(Дата посева)	(Дата 1 пересева ч/з 10 дней)	(Дата 2 пересева ч/з 5 дней)	3 рет қайта себу күні (Дата 3 пересева ч/з 5 дней)	(Результат исследования)	(Дата, подпись)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
255-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
255- қосымша

Приложение 255
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 255/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 255/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Мал шаруашылығы өнімдеріндегі антибиотиктердің қалдық мөлшерін
анықтау
бойынша микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы**
**Журнал регистрации микробиологических исследований по определению
остаточных количеств антибиотиков в продуктах 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 посевн. доза м /орг-ма
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы/ 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, колы Резуль- тат, да- та, под- пись
9	10	11	12	13	14	15	16

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
256-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
256- қосымша

Приложение 256
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 256/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 256/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Тамақ және мал шаруашылығы өнімдеріндегі бактерияға қарсы
препараттардың қалдық мөлшерін анықтау бойынша зерттеулерді тіркеу
журналы**

**Журнал регистрации исследований по определению остаточных количеств
антибактериальных препаратов в продуктах питания и животноводства**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Жет- кізу күні Да- та до- став- ки	Тір- кеу нөмірі Регис- тра- ции- он- ный номер	Жет- кізу уа- қы- ты Вре- мя до- став- ки	Зерт- теу ба- стал- ған уа- қыт Время нача- ла ис- следо- вания	Зерт- теу түрі (әдісі) Вид (ме- тод) ис- сле- дова- ния	Өнімнің атауы, алынған орны, ма- териалды кім алды Наименование про- дукта, место забо- ра, кем сделан за- бор материала	Бактерияға қарсы препа- раттың атауы Наименова- ние антибак- териального препарат	Бактерияға қарсы препа- раттардың қалдық мөл- шерінің зерттеу нәтижесі Результат исследования остаточного количества антибактериальных пре- паратов	Зерттеу жүргіз- ген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдай- да) Ф.И.О. (при его наличии) проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
257-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
257- қосымша

Приложение 257
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 257/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 257/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Қанды стерилділікке микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований крови на
стерильность

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Күні						Себулер						
------	--	--	--	--	--	---------	--	--	--	--	--	--

Дата	Тір- кеу нө- мірі Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер	Т.А.Ә. (ол болған жағ- дайда), мекен жайы, жұ- мыс орны ФИО (при его на- ли- чии), адрес, место работы	Қан- ды акел- 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	Тем- пе- ра- ту- ра- лық тәр- тібі Тем- пе- ра- тур- ный ре- жим	Высевы					Мик- ро- ско- пия	Сэй- кестен- діру те- сттері Тесты иден- тифи- кации	Нәти- же Ре- зультат	Тал- дау аяқ- тал- ған күн Дата окон- ча- ния ана- лиза	Нәти- же беріл- ген күн, ай, жыл Дата выда- чи ре- зультата	Зерт- теу жүргіз- ген адам- ның қс лы, те- гі, аты әкесі- нің аты (ол болған жағ- дайда) . Фами- лия имя от- чество (при его на- ли- чии), под- пись лица прово- дивше- го ис- следо- вание
						I	II	III	IV	V						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
258-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
258- қосымша

Приложение 258
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 258/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 258/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Адамдардан алынған клиникалық материалды (антибиотикке
сезімталдыққа)
зерттеу сынамаларын есепке алу және тіркеу журналы**
**Журнал регистрации и учета проб исследования клинического материала от
людей (антибиотикочувствительность)**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) Используемая
нормативная документация (далее – НД):

1.

1.

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Зертханаға түскен күні (Дата поступления в лабо- раторию)	Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (ол болған жағдайда))	Жасы (Воз- раст)	Оргалардың атауы (Наименова- ние сред)				КТБ (сұйылтқанда) (в разве- дение КОЕ)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Антибиотиктер* /өсуді тежеу аймағының диаметрі (мм) (Антибиотики*/диаметр зоны задержки роста (мм))													
Пени- цил- лин	Ами- ка- цин	Эрит- роми- цин	Ампи- цил- лиг	Окса- цил- лин	Ван- коми- цин	Докси- цил- лин	Амок- си- клав	Тетра- цик- лин	Ген- тами- цин	Кана- ми- цин	Неоми- цин	Азит- роми- цин	Ме- ро- пе- нем
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Антибиотиктер/ өсуді тежеу аймағының диаметрі (мм) (Антибиотики/диаметр зоны задержки роста (мм))												
Име- пе- нем	Тобра- мицин	Кана- ми- цин	Це- фазо- лин	Це- фе- пим	Цеф- тази- дим	Нор- флокса- цин	Лева- мице- тин	Пе- флок- сацин	Цефа- лек- сим	Цефо- так- сим	(антибио- тик атауы)	(антибио- тик атауы)
24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Саңырауқұлаққа қарсы препараттар (Противогрибковые препараты)							
Амфо- терицин	Кло- три- ма- зол	Ни- ста- тин	Кето- кона- зол	Интра- конозол	Флу- кона- зол	Зерттеу нәти- жесі Результат ис- следования	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағ- дайда), лауазымы және қолы (Ф.И.О. (при его наличии), должность и подпись ли- ца, проводившего исследование)
37	38	39	40	41	42	43	44

*антибиотик атауы зерттеулерге сәйкес ауыстырылуы мүмкін/возможна замена
наименования антибиотика в соответствии с исследованиями

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
259-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
259- қосымша

Приложение 259
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 259/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 259/y Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

**Адамдардан алынған клиникалық материалды (дисбактериозға) зерттеу
сынамаларын тіркеу журналы**
**Журнал регистрации проб исследования клинического материала от людей
(дисбактериоз)**

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Күні Дата		Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)	Жа- сы Воз- раст	Қоректендіру орталарында өсу (өсіру) Рост на питательных средах (в разведение)									
Тіркеу нөмірі	Зертхана- ға келіп түскен Поступле- ния в ла- борато- рию			Сре- да Эн- до Эн- до ор- тасы	Глю- коза	Лак- тоза	Ин- дол	Се- ро- во- до- род	Сим- монс	По Шу- ке- ви- чуа	Гли- це- рин	Ли- зин	Ман- нит
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Кестенің жалғасы/Продолжение таблицы

Қоректендіру орталарында өсу (өсіру) Рост на питательных средах (в разведе- ние)										
Кларка	Сорбит	Адонит	Ино- зит	Ацетат Na	Малонат Na	Ксило- за	Рамно- за	Аробиноза	Фенилала- нин	
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	

Кестенің жалғасы/Продолжение таблицы

Сезімтал- дық Чув- ствитель- ность	ЖСА	Са- бу- ро	Қан- ды агар Кро- вя- ной агар	Мик- ро- ско- пия	Виль- сен- Блер	Бло- урокк	Лак- то- бак- те- рии	Өсіп шыққан микроорга- низмдер саны (1гр фекалийде) Количество выросших микроор- ганизмов (в 1гр фекалий)	Нәти- же беріл- ген күн Дата выда- чи ре- зульт- тата	Зерттеу жүр- гізген адам- ның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), Ф.И.О. (при его наличии) лица прово- дившего исследование
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
260-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
260- қосымша

Приложение 260
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 260/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 260/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

**Өсімдік шаруашылығы өнімдерінің үлгілерін тіркеу және құрамында
нитраттардың болуына зерттеу нәтижелерін есепке алу журналы**

**Журнал регистрации образцов и учета результатов исследования
растениеводческой продукции на содержание нитратов**

Басталуы (Начат) " _____ " _____ 20 ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " ____ 20 ж. (Г.)

Тіркеу нөмірі	Зерт- хана- лық нө- мірі	Үл- гілер алын- ған күн	Сынама- ның (үл- гінің) атауы Наимено- вание пробы (образца)	Са- ны Ко- ли- че- ство	Алын- ған ауда- ны, орны Райо- ны Ме- сто отбо- ра	Анықталған нитраттар (мг /кг) Обнаружен- ное содержа- ние нитратов (мг/кг)	Рұқсат етіл- ген нитрат- тың мөлше- рі(мг/кг) Допустимое содержание нитратов (мг/кг)	Нәти- же беріл- ген күн Дата выда- чи ре- зультата	Зерттеу жүргізген адамның колы,тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
261-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
261- қосымша

Приложение 261
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 261/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 261/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

Безгекке зерттеп-қаралатын адардарды тіркеу журналы Журнал регистрации обследуемых на малярию

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

	Зертханаға препа-	Тексерілу- шінің те-		Мекен- жайы	Жұмыс ор-	Алғаш- қы	Келген жері (елі), бо-	Зерттеу- лер	Нәтиже- лер		Зерттеу әді-	Зерттеу жүргізген	Ескертпе
--	----------------------	-------------------------	--	----------------	--------------	--------------	------------------------------	-----------------	----------------	--	-----------------	----------------------	----------

Тір- кеу нө- мірі	раттар- ды Қа- был- данған күні	гі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдай- да), Фамилия имя отче- ство (при его нали- чии) об- следо- мого	Ту- ған жы- лы Год рож- де- ния	Ад- рес про- жи- ва- ния	ны, лауа- зымы Ме- сто рабо- ты, долж- ность	қой- ыл- ған диа- гноз Пер- вич- ный диа- гноз	лу ке- зеңі, айы, жы- лы ҚР- на кел- ген күні. Откуда (страна) прибыл, период пребыва- ния, Да- та при- бытия в РК	дің саны Ко- ли- че- ство ис- сле- дова- ний	бері- лген күн Дата выда- чи ре- зультата	Зерт- теу нәти- жесі Ре- зультат ис- сле- дова- ния	сте- ме- нің НҚ- ры НД на ме- тод ис- пы- та- ний	адам- ның қо- лы, те- гі, аты, әкесі- нің аты (ол болған жағдай- да), лау- азымы Фами- лия имя отче- ство (при его на- личии), долж- ность и под- пись прово- дивше- го ис- следова- ние	При- ме- ча- ние
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
262-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
262- қосымша

Приложение 262
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 262/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 262/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

**Паразитологиялық зертханалардағы зертханаішілік бақылауды
(шайындыларды) тіркеу 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 образца	Зерттеу нәтижелері Результаты исследова- ния	Сынақ әді- сіне арнал- ған НҚ НД на ме- тод испыта- ний	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы ,қолы Фамилия, имя, отчество (при его наличии), долж- ность лица, подпись,проводившего исследование.
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
263-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
263- қосымша

Приложение 263
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 263/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 263/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

Гнус имагосы санының серпінін есепке алу журналы
Журнал учета динамики численности имаго гнуса

Облыста (в области) _____ 20 _____ ж. (г.)

Занды және жеке тұлғаның толық атауы (Полное наименование юридического, физического лица)

Есепке алу тәсілі (20 минуттық «өзіне» аулау немесе өсімдіктерді шабу) (Способ учета (20-минутный облов «на себя» или кошение по растительности))

Буын аяқтылар тобы** (Группа членистоногих)**	Сынақ әдісіне НҚ (НД на метод испытаний)	Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі - ОА) саны Подекадная и среднемесячная (далее-СМ) численность											
		Сәуір Апрель				Мамыр Май				Маусым Июнь			
		1	2	3	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі - ОА) саны) (Подекадная и среднемесячная (далее-СМ) численность												Орташа маусымдық көрсеткіш Среднесезонный показатель
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь				
1	2	3	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ	
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

** Буынаяқтылар тобы: масалар, шіркейлер, құмытылар, соналар (Группа членистоногих: комары, мошки, мокрецы, слепни)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
264-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
264- қосымша

Приложение 264
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 264/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 264/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Гнус дернәсілдері санының маусымдық серпінін есепке алу журналы
Журнал учета сезонной динамики численности личинок гнуса

Шаруашылық жүргізуші субъектінің толық атауы (Полное наименование хозяйствующего субъекта)

Су қоймасының № (№ водоема)

Есепке алу тәсілі (ебелек немесе кювета) (Способ учета (сачок или кювета))

_____ ауданында
(в районе) _____ облысында (в
области) 20 _____ ж.(г.)

Буынаяқтылар тобы (Группа членистоноги) **	Сынақ әдісіне НҚ НД на метод испытаний	Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі – ОА) саны (Подекадная и среднемесячная (далее – СМ) численность)											
		Сәуір Апрель				Мамыр Май				Маусым Июнь			
		1	2	3	ОА (СМ)	1	2	3	ОА (СМ)	1	2	3	ОА (СМ)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі -ОА) саны (Подекадная и среднемесячная (далее-СМ) численность)												Орташа маусымдық көрсеткіш (Средне сезонный показатель)	
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь					
1	2	3	ОА (СМ)	1	2	3	ОА (СМ)	1	2	3	ОА (СМ)		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	

* Әрбір он күндікті екі кіші бағанға бөлеміз: алымында – барлық дернәсілдер, бөлгішінде - бір сынамаға келетін саны; Бір м2 су бетіне келетін санды қайта есептеуді зертханалық жағдайда жедел талдау мен материалды жинақтау кезінде жүргізу керек (Каждую декаду делим на две подграфы: в числителе – всего личинок, в знаменателе – численность на одну пробу; Перерасчет численности на один м2 водной поверхности осуществлять в лабораторных условиях при оперативном анализе и обобщении материала).

** Буынаяқтылар тобы: масалар, шіркейлер, құмытылар, соналар (Группа членистоногих: комары, мошки, мокрецы, слепни).

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
265-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
265- қосымша

Приложение 265
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 265/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 265/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Кенелер имагосы санының серпінін есепке алу журналы
Журнал учета динамики численности имаго клещей

_____ ауданында (в районе),
облысында (в области) _____

Бақылау нүктесінің, орманды типологиялық бөліктің атауы, есепке алу тәсілі (мүйізді ірі қара маршрутында)	Сынақ әдісіне НҚ	Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі - ОА) саны (Подекадная и среднемесячная (далее-СМ) численность)		
		Сәуір	Мамыр	Маусым

(Наименование контрольной точки, лесотипологического выдела, способ учета (маршрут на крупнорогатом скоте))	(НД на метод испытаний)	Апрель				Май				Июнь			
		1	2	3	ОА (СМ)	1	2	3	ОА (СМ)	1	2	3	ОА (СМ)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі - ОА) саны Подекадная и среднемесячная (далее - СМ) численность												Маусымдық көрсеткіш Сезонный показатель
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь				
1	2	3	ОА (СМ)	1	2	3	ОА (СМ)	1	2	3	ОА (СМ)	
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
266-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
266- қосымша

Приложение 266
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 266/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 266/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

Энтомофаунаны және кенелерді фенологиялық бақылауды есепке алу журналы

Журнал учета фенологических наблюдений за энтомофауной и клещами

Облыстың (Наименование области) _____ ауданның (района)

елді мекеннің атауы (населенного пункта)

Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)

№	Негізгі фендік құбылыстар (Основные феноявления)	Анофелес масасы (Комары Ано- фелес)	Ае- дес	Ку- ликс	Шір- кейлер (Мош- ки)	Сона- лар (Слеп- ни)	Үнсіз ма- салар (Моски- ты)	Шы- бындар (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 (Первые самки с кровью)		X	X	X	X	X	X
4.	Жаппай қан сорған ұрғашы масалар (Массовость самок с кровью)		X	X	X	X	X	X
5.	Ұрығы жетілген алғашқы ұрғашы масалар (Первые самки с созревшим яйцом)		X	X	X	X	X	X
6.	1-маусымдағы алғашқы дернәсілдер (Первые личинки 1-го возраста)					X	X	
7.	2-маусымдағы алғашқы дернәсілдер (Первые личинки 2-го возраста)				X	X	X	X
8.	3-маусымдағы алғашқы дернәсілдер Первые личинки 3-го возраста				X	X	X	X
9.	4-маусымдағы алғашқы дернәсілдер (Первые личинки 4-го возраста)					X	X	X
10.	Бірінші қуыршақтар (Первые куколки)					X	X	
11.	Бірінші генерацияның ұшуы (Вылет первой генерации)							
12.	Жаппай қан сорудың басталуы (Начало массового кровососания)							X
13.	Имаго санының ең көп кезі (Пик численности имаго)							
14.	Жаппай қан сорудың аяқталуы (Конец массового кровососания)		X					X
15.	Дернәсілдер санының ең көп кезі (Пик 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 дернәсілдер				X	X	X	X

	(Последние личинки в водоемах)							
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 ба- сталуы (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.	Безгектің жергілікті жағдайының ықтимал тіркелу күні (Дата возможной регистрации местного слу- чая малярии)							
Кенелер (Клеши)		Маршруттарының нөмірлері (Номера маршрутов)						
1.	Маршруттағы бірінші кенелер (Первые клещи на маршруте)							
2.	Жаппай белсенділіктің басталуы (Начало массовой активности)							
3.	Кенелердің жоғары саны (Пик численности клещей)							
4.	Жаппай белсенділіктің соңы (Конец массовой активности)							
5.	Табиғаттағы соңғы кенелер (Последние клещи в природе)							
6.	Маусымдағы белсенділік кезеңі (күндермен) (Период активности за сезон (в днях))							

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
267-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
267- қосымша

Приложение 267
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 267/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 267/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Аса қауіпті инфекциялар қоздырғыштарына дезинфекциялау құралдарының
микробқа қарсы белсенділігінің сынақтарын тіркеу журналы**

**Журнал регистрации испытаний антимикробной активности
дезинфицирующих средств на возбудителей особо опасных инфекций**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «___»_____20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая
нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Тір- кеу нөмірі (Регис- тра- цион- ный но- мер)	Дезинфекциялау құралының зертха- на ға түскен күні (Дата поступления дезинфицирующе- го средства в лабо- раторию)	Зерттеу бастал- ған күн, ай, жыл (Дата, месяц, год на- чала ис- следова- ния)	Құралды жіберген мекеме (Учре- ждение напра- вившее средство)	Құрал- дың атауы (Наиме- нова- ние средств)	Зерт- теу мақ- саты (Цель иссле- дова- ния)	Зерт- теу нәти- жесі (Ре- зульт- тат ис- сле- дова- ния)	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл (Дата, ме- сяц, год оконча- ния иссле- дования)	Сы- нақ әді- сіне ар- нал- ған НҚ (НД на ме- тод ис- пыта- ний)	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдай- да), қолы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись лица, проводивше- го исследование)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
268-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
268- қосымша

Приложение 268
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 268/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 268/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Метеорологиялық факторларды өлшеу және зерттеу нәтижелерін беруді тіркеу журналы

Журнал регистрации измерений и выдачи результатов исследований метеорологических факторов

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы(Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Объектінің атауы Наименование объекта	Цех, бөлім Цех, отдел	Ауа температурасы 0С Температура воздуха 0С			Ауаның салыстырмалы ылғалдылығы % Относительная влажность воздуха в %	
				Өлшенген Измеренная	Нормалар бойынша оңтайлы/рұқсат етілген оптимальная/допустимая по нормам	өлшенген измеренная	Нормалар бойынша оңтайлы/рұқсат етілген оптимальная/допустимая по нормам	
1	2	3	4	5	6	7	8	

Ауа қозғалысының жылдамдығы Скорость движения воздуха не более м/с		Ауаның шығыны, м³/сағ Расход воздуха, м³/час		Ауа алмасу жиілігі Кратность воздухообмена		Өлшеулер саны/оның ішінде РЕ-ШД-дан жоғары Количество замеров/из них выше ПДУ	Өлшеуге арналған құралдар Приборы для измерения	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), Фамилия, имя, отчество (при его наличии), проводившего исследование	Сынақ әдісіне арналған НҚ
Өлшенген Измеренная	Нормалар бойынша оңтайлы/рұқсат етілген оптимальная/допустимая по нормам	Өлшенген Измеренная	Рұқсат етілген (жоба бойынша) Допустимое (по проекту)	Есептелген Расчитанная	Рұқсат етілген Допустимая				
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
269-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
269- қосымша

Приложение 269
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 269/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 269/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Жануарлардың тістеуінен, сілекейінің жұғыуынан, тырнауынан зардап
шеккен адамдарды тіркеу
журналы
Журнал регистрации лиц, пострадавших от укусов, ослонений,
оцарапывания животными**

Тіркеу нө- мірі		Хабарлама берген медициналық ұйымның атауы		Жа- сы		Үйі- нің
--------------------	--	---	--	-----------	--	-------------

(Регистра- ционный номер)	Хабарламаның кү- ні мен уақыты, кім берді (Дата и час сообще- ния, кто передал)	(Наименование медицинской ор- ганизации, пославшей сообще- ние)	Зардап шегушінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағ- дайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) постра- давшего)	(Воз- раст)	Ма- манды- ғы (Про- фес- сия)	ме- кен- жайы (До- маш- ний ад- рес)
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Күні (Дата)		Диа- гноз	Жануар- дың түрі (Вид жи- вотного)	Жануар иесінің ме- кенжайы (Адрес хозяина жи- вотного)	Ветеринариялық анықтама- ның нөмірі (Номер ветеринарной справки)	Ветеринариялық анықтаманы алған күні (Дата получения ветеринар- ной справки)
Ті- стел- ген (Уку- са)	Жүгін- ген (Обра- щения)					
8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
270-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
270- қосымша

Приложение 270
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 270/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 270/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Сүтқоректілерді тарағанда түскен эктопаразиттерді тіркеу журналы Журнал регистрации очесов эктопаразитов млекопитающих

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20 ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20 ж. (Г.)

Рет-ті №	Күні	Материалдың анықталған орны(елді мекеннің және әкімшілік ауданның аталуы)	Жануардың түрі	Ұсақ сүтқоректілердің саны
----------	------	---	----------------	----------------------------

№ п /п	Дата	Место добычи материала (название административного района, населенного пункта, точки сбора)	Вид животного	Количество мелких млекопитающих		
				эктопаразиттермен с эктопаразитами	эктопаразиттерсіз без эктопаразитов	
1	2	3	4	5	6	
Иксодтық кенелер Иксодовые клещи		Гамаздықкенелер Гамазовые клещи		Бүрге Блохи	Бит Вши	Ескертпе Примечание
Личинки (L)	Нимфы (N)					
7	8	9	10	11	12	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
271-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
271- қосымша

Приложение 271
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 271/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 271/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Дефектоскоптарды, иондаушы сәулелену көздерін және спектрометрлерді
дозиметриялық бақылауды есепке алу журналы**

**Журнал учета дозиметрического контроля дефектоскопов, источников
ионизационного излучения и спектрометров**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Кәсіпорынның атауы (Наименование пред- приятия)	ИСК (ИИИ)	За- уыт нө- мірі (Но- мер за- во- да)	Альфа-бета және гамма рентген сәулеленуді өл- шеу саны (Количество замеров альфа-бета и гамма рент- ген излучения)	Өлшеу диапа- зоны (Диапа- зон из- мере- ний)	Хат- тама нөмі- рі (Но- мер прото- кола)	Радон- ды өл- шеу са- ны (Коли- чество замер- ов радо- на)	Өлшеу диапа- зоны (Диапа- зон из- мере- ний)	Хат- тама нөмі- рі (Но- мер прото- кола)	Ба- қы- лау күні (Да- та кон- тро- ля)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
272-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
272- қосымша

Приложение 272
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 272/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 272/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау органдарының
инфекциялық және паразиттік ауруларды есепке алу журналы**

**Журнал учета инфекционных и паразитарных заболеваний
государственными органами санитарно-эпидемиологического контроля**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) « ____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

Тір- кеу нөмірі (Регист- рацион- ный но- мер)	Эпиде- миоло- гия- лық нө- мірі (Эпи- демио- логиче- ский номер)	Телефон арқылы хабарланған (қабылданған) күні және саға- ты, алғашқы шұғыл хабарламаны жіберу (алу) күні, кім берді, кім қабылдады (Дата и часы сообщения (приема) по теле- фону и дата отсылки (получения) первич- ного экстренного извещения кто передал, кто принял)	Хабарлама берген медициналық ұйым- ның атауы (Наименование ме- дицинской организа- ции, передавшей со- общение)	Науқас адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больно- го человека)	Жасы (3 жасқа дейінгі балалар- дың туған айы мен жылын көр- сетіңіз) (Возраст (для де- тей до 3-х лет, указать месяц и год рождения))
1	2	3	4	5	6

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Үйінің мекенжайы (қала, ауыл, көше, үй нөмірі, пәтер нөмірі) (Домашний адрес (город, се- ло, улица, номер дома, но- мер квартиры))	Жұмыс, оқу орнының, мектеп жасына дейінгі бала- лар ұйымының (сынып, топ) атауы, соңғы барған күні (Наименование места работы, учебы, детской до- школьной организации (класс, группа) дата послед- него посещения)	Ауыр- ған күні (Дата заболе- вания)	Диагноз және оның қойылған кү- ні (Диагноз и дата его уста- новления)	Ауруханаға жатқызылған күні, орны (Дата, место госпитализа- ции)
7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Ал- ғаш- қы жү- гін- ген күні (Да- та пер- вич- ного обра- ще- ния)	Өзгертілген (нақтылан- ған) диагно- зы, оның нақтыланған күні (Изменен- ный, (уточ- ненный) диа- гноз и дата его уточне- ния)	Эпидемиологиялық тексеру жүр- гізілген күн, инфекциялық ауру ошағында тексеру жүргізген адам- ның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Дата эпидемиоло- гического об- следования, фамилия, имя, отече- ство (при его наличии) обследовав- шего очаг инфекционного заболе- вания)	Тұрақты тұратын жері бойынша мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органдарына, балалар ұйымына, оқу, жұмыс орнына ауру туралы хабарланған күн (Дата сообщения о заболевании в государ- ственные органы санитарно эпидемиологиче- ского надзора по месту постоянного житель- ства, в детскую организацию, по месту уче- бы, работы)	Зертха- налық зертте- улер, нәтиже- лері (Лабора- торные исследо- вания, результ- таты)	Ес- керт- пе (При- меча- ние)
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
273-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
273- қосымша

Приложение 273
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 273/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 273/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Спектрометриялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации спектрометрических исследований

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Журнал бойынша нөмірі Номер по журналу	Өлшеу жүргізілген күн Дата проведения измерения	Үлгінің атауы Наименование образца	Үлгінің салмағы (гр) Вес образца (гр)	Үлгіні өлшеу уақыты (сек) Время измерения образца (сек)
1	2	3	4	5	6
Радионуклидтердің белсенділігі, Бк/кг/л/дм ³					

Активность радионуклидов						
Радий- 226	Торий- 232	Калий- 40	Цезий- 137	Стронций-90	Басқа гамма сәулеленуші изотоптар Другие гамма –излучающие изотопы	Меншікті тиімді белсенділігі Удельная эффективная активность

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
274-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
274- қосымша

Приложение 274
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 274/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 274/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Өнеркәсіптік объектілерді зерттеп-қарауды тіркеу журналы
Журнал регистрации обследований промышленных объектов

Тіркеу Нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	объектінің атауы Наименование объекта	Өлшеу жүргізілген орын Место проведения измерений	Гамма сәулеленудің ЭМҚ мкЗв/с /МЭД гамма излучения мкЗв/час	
				Өлшем саны Количество измерений	Өлшеу нәтижелері Результаты измерений
1	2	3	4	5	6

Альфа бөлшектер/см2х мин Альфа частиц/см2х мин		Бета бөлшектер/см2х мин Бета частиц/см2х ми		Ауада радонның өлшенген, тең салмақты, баламалы, көлемді белсенділігі Бк/м3 (Измеренная, равновесная, эквивалентная, объемная активность радона в воздухе Бк/м3)		Топырақ бетінен алынған радон ағымының өлшенген тығыздығы (мБк/ш.м.·сек) (Измеренная плотность потока радона с поверхности гранта (мБк/м2·сек)		Өлшеу жүргізген, Т.А.Ә (ол болған жағдайда), қолы Измерения проводил Ф.И.О. (при его наличии)
Өлшем саны Количество измерений	Өлшеу нәтижелері Результаты измерений	Өлшем саны Количество измерений	Өлшеу нәтижелері Результаты измерений	Өлшем саны Количество измерений	Өлшеу нәтижелері Результаты измерений	Өлшем саны Количество измерений	Өлшеу нәтижелері Результаты измерений	
7	8	9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
275-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
275- қосымша

Приложение 275
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 275/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 275/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

Рентген кабинеттерінде жүргізілген өлшеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации измерений, проведенных в рентгенологических кабинетах

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні (Дата)	Объектінің атауы (Наименование объекта)	Өлшеу жүргізілген орын (Место проведения измерений)
1	2	3	4

Рентген сәулеленудің мкЗв/с (Рентген излучение мкЗв/час)				Өлшеу жүргізген, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Измерения проводил Ф.И.О (при его наличии), подпись)
Өлшеулер са- ны (Количество измерений)	Өлшеу нәти- желері (Результаты измерений)	Жоғары өлшеулер саны (Количество из- мерений с превышением)	Өлшеу нәти- желері (Результаты измерений)	
5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
276-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
276- қосымша

Приложение 276
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 276/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 276/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Қоршау конструкцияларының дыбыс оқшаулауын өлшеуді тіркеу журналы Журнал регистрации измерения звукоизоляции ограждающих конструкций

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Шаруашылық жүргізуші субъектінің, ұйымның атауы	Өлшеулер саны (Количество замеров)				Қолданылған құралдар	Өлшеулер жүргізген мамандардың Т.А.Ә. (ол болған
				Ауаның шуы			

(Регистрационный номер)	Күні айы, жылы (Дата, месяц, год)	(Наименование хозяйствующего субъекта, организации)	Фон- дык шу Фо- новый шум	Ды- быст- ың есті- луі Ре- вер- бера- ции	Воздушный шум		Сокқының шуы Ударный шум		дың ата-уы (Наименование использованных приборов)	жағдайда) және қолы (Ф.И.О (при его наличии) и подпись специалистов проводивших измерения)
			Барлы- ғы (Всего)	Бар- лы- ғы (Все- го)	Бар- лы- ғы (Все- го)	РЕШ жоға- ры (Вы- ше ПДУ)	Бар- лы- ғы (Все- го)	РЕ- Ш- жоға- ры (Вы- ше ПДУ)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
277-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
277- қосымша

Приложение 277
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 277/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 277/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

Әкімшілік құқық бұзушылықтар туралы хаттамаларды тіркеу журналы Журнал регистрации протоколов об административных правонарушениях

р /с № № п /п	Құқық бұзушылықты анықтаған орган	Әкімшілік істің нөмірі (Номер)	Жасалған күні (Дата)	Хаттаманы толтырған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), хаттама толтырған адамның лауазымы	Жеке тұлға, заңды тұлға, жеке кәсіпкер туралы мәліметтер (ЖСН, БСН, Т.А.Ә., мекенжайы) (Сведения о физическом лице, юридическом лице,	Жұмыс түрі, лауазымы, жұмыс орны, телефоны	Жасалған орны,	ҚР ӘҚ-БтК саралауы	Өндірісті қамтамасыз
---------------	-----------------------------------	--------------------------------	----------------------	---	--	--	----------------	--------------------	----------------------

	(Орган выявив- ший право- нару- шение)	адми- ни- стра- тивно- го де- ла)	за- ве- де- ния)	(Ф.И.О. (при его нали- чии) лица составивше- го протокол, Долж- ность лица составивше- го протокол)	индивидуальном предпри- нимателе (ИНН, БИН, ФИО, адрес))	(Род заня- тий, долж- ность, ме- сто рабо- ты, теле- фон)	ме- кен- жайы (Ме- сто со- вер- ше- ния, ад- рес)	(Ква- ли- фи- ка- ция Ко- АП РК)	ету шара- лары Ме- ры обес- пече- ния про- из- вод- ства
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (продолжение таблицы)

Тұлғаның бұрын әкімшілік жау- апкершілікке тартылғаны тура- лы деректер (Данные о раннем привлечении к административной ответствен- ности лица)	Өтініш- хаттар- дың бо- луы (Нали- чие хода- тайств)	Қарау күні мен нәтижесі, қабыл- данған шаралар (Дата и результат рассмотрения, при- нятые меры)	Танысу туралы мәлімет- тер (Сведения об озна- комлении)	Материал/ хаттама бой- ынша шешім (Решение по материалу /протоколу)	Төлеу күні (қы- сқартылған өнді- рісте) (Дата уплаты (в сокращенном производстве)	Бас- қа белгі- лер (Про- чие от- мет- ки)
11	12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
278-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
278- қосымша

Приложение 278
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 278/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 278/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

**Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы
тергеп-тексерулерді есепке алу журналы
Журнал учета расследований в сфере санитарно-эпидемиологического
благополучия населения**

Басталды (Начат) " _____ " _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) " _____ " _____ ж. (г.)

№	Тергеп-тексеруді тағайындау, тергеп-тексеру мерзімдерін ұзарту туралы актісінің шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер акта о назначении расследования, продлении сроков расследования)	Субъектілердің (объектінің) атауы, өздеріне қатысты тергеп-тексеру басталған басшының (дара кәсіпкердің немесе заңды тұлғаның) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) (Наименование субъектов (объекта), фамилия, имя отчество (при его наличии) руководителя (индивидуального предпринимателя или юридического лица) в отношении которого начато расследование)	Тексеру барысында бұзушылықтары анықталған құжаттардың атауы және нормативтік құқықтық актілер нормалары (Наименование документов и нормы нормативно-правовых актов, нарушение которых выявлено в ходе расследования)	Тергеп-тексеруге қатысушылардың Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя отчество (при его наличии) участвующих в расследовании)	Тергеп-тексеру нәтижелері туралы актінің шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер акта о результатах расследования)	Тергеп-тексеру нәтижелері бойынша қабылданған шаралар (Принятые меры по результатам расследования)	Тергеп-тексеруді жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы (Фамилия имя отчество (при его наличии), должность лица, проводившего расследование)
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
279-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
279- қосымша

Приложение 279
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 279/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 279/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Ұсақ сүтқоректілердің санын есепке алудың далалық журналы
Полевой журнал учета численности мелких млекопитающих

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20 ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20 ж. (Г.)

Тіркеу нөмірі	Кү- ні	Материалды алу орны (әкімшілік аймағының атауы мен зерттеу нүктесі)	Ұсақ сүтқоректілердің саны	Био- сы- на-	Сүтқоректілер са- нының пайыздық көрсеткіші
------------------	-----------	---	-------------------------------	--------------------	---

Регистрационный номер	Дата	Место добычи материала (название административного района и точка обследования)	Аулау құралдарының саны Количество орудий улова	Количество мелких млекопитающих	Ұрғашылардың генеративтік күйі және жынысы Пол и генеративное состояние самок	ма № № био- про- бы	Показатель численности мелких млекопитающих %
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
280-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
280- қосымша

Приложение 280
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 280/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 280/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Кәсіптік ауруды (улануларды) есепке алу картасы
Карта учета профессионального заболевания (отравления)

Толтырылған күні (Дата заполнения)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	
Деректердің мазмұны (Содержание сведений)	Бет- тің №	Ко- ды (Код)

	№ (стра- ницы)	
Қазақстан Республикасы (Республика Казахстан)	1	
Облыс, қала (область, город)	2	
Сала түрі (Вид отрасли)	3	
Объекті атауы (Наименование объекта)	4	
Жұмыс орны, цех, бөлімше, учаске, лауазымы (Место работы, цех, отделение, участок, должность)	5	
Кәсіптік ауру (улану) туралы хабарлама алынған күн (Дата получения извещения о профессиональном заболевании (отравление))	6	
Осы адамды қоса алғанда бір уақытта зардап шеккендер саны Число одновременно пострадавших, включая данное лицо	7	
Зардап шегушінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пострадавшего)	8	
Жынысы (Пол): ер (мужской) – 1; әйел (женский) - 2	9	
Жасы (жыл саны) (Возраст (число лет))	10	
Кәсібі (Профессия)	11	
Осы кәсіптегі еңбек өтілі, жылдар (Стаж работы в данной профессии, лет)	12	
Кәсіптік ауруды тудырған зиянды өндірістік фактормен байланысты еңбек өтілі (Стаж работы в контакте с вредным производственным фактором, вызвавшим профзаболевание, лет)	13	
Кәсіптік ауруды (улануды) тудыруға себепкер болған зиянды өндірістік факторлар (Вредные производственные факторы, послужившие причиной профзаболевания (отравления))		
1. Негізгі (Основной)	14	
2. Қосымша (Сопутствующий)	15	
Негізгі фактордың параметрлері (Параметры основного фактора)	16	
Қосымша факторлардың параметрлері (Параметры сопутствующих факторов)	17	
Кәсіптік ауруды тудырған жағдайлар (Обстоятельства возникновения профзаболевания)	18	
1.	19	
2.	20	
Кәсіптік аурудың түрі (Виды профзаболевания): ауру (заболевание) - 1; улану (отравление) – 2	21	
Кәсіптік аурудың түрі (Форма профзаболевания): жіті (острое) – 1; созылмалы (хроническое) - 2	22	
Диагностары (Диагнозы): негізгі (основной)	23	
Қосымша (сопутствующий)	24	

Кәсіптік ауру (улану) анықталды (Профзаболевание (отравление) выявлено): медициналық қарап-тексеру кезінде (при медицинском осмотре) – 1; қаралғанда (при обращении - 2)	25	
Диагноз қойылды (Диагноз установлен): емдеу-профилактикалық ұйымында (бұдан әрі – ЕПҰ) (лечебно-профилактической организацией (далее - ЛПО)) – 1; профилактика бөлімшесінде (бұдан әрі – профбөлімше) (профилактическим отделением (далее - профотделение)) – 2; ғылыми-зерттеу институтында (бұдан әрі - ҒЗИ) (научно-исследовательским институтом (далее - НИИ)) - 3	26	
Арудың ауырлығы (Тяжесть заболевания): 1 - еңбекке қабілеттілігін жоғалтпай (без утраты трудоспособности); 2 - еңбекке қабілеттілігін жоғалтумен (с утратой трудоспособности); 3 - қайтыс болу (смерть)	27 28	
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органы қабылдаған шаралар (Меры принятые государственным органом санитарно-эпидемиологической службы)	29	

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің лауазымды адамы (тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы) (Должностное лицо санитарно-эпидемиологической службы, фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
281-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
281- қосымша

Приложение 281
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 281/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 281/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Инфекциялық және паразиттік ауру ошағын эпидемиологиялық зерттеп-
қарау**

№ _____ картасы

**Карта эпидемиологического обследования очага инфекционного и
паразитарного заболевания**

№ _____

1. Науқас адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного человека)

2. Жынысы (Пол) _____ науқас жергілікті (больной местный), сырттан келген (приезжий)

3. Туған күні, пациенттің ЖСН-і (Дата рождения, ИИН пациента)
_____ толық жасы (число полных лет)

4. Мекенжайы (Домашний адрес)

5. Жұмыс, оқу орны, мектепке дейінгі балалар ұйымы (бұдан әрі - МДБҰ) (Место работы, учебы, детской дошкольной организации (далее - ДДО))

6. Кәсібі (Род занятий)

7. Жұмыс, оқу орнына, МДҰ-на соңғы рет барған күні (Дата последнего посещения места работы, учебы, ДО)

8. Медициналық ұйым (бұдан әрі - МҰ), шұғыл хабарламаның түскен күні, уақыты (Медицинская организация (далее-МО), дата, время поступления экстренного извещения)

9. АХК-10 бойынша алғашқы диагноз (Первичный диагноз по МКБ-10)

10. Аурудың клиникалық белгілері (Клинические симптомы болезни)

11. Науқас диагностикалық мақсатта анықталды (Больной выявлен с диагностической целью): дәрігерге қаралғанда (при обращении), кәсіптік зерттеп-

тексеру кезінде (профессиональном обследовании), эпидемиологиялық көрсетілімдер бойынша зерттеп-қарау кезінде (обследовании по эпидемиологическим показаниям) _____

12. Эпидемиологиялық зерттеп-қарау жүргізу күні мен уақыты (Дата и время проведения эпидемиологического обследования)

13. Ауырған (Даты заболевания) _____ қаралған (обращения) _____ ауруханаға жатқызылған күні (госпитализации) _____

14. Жатқызылған орны (Место госпитализации)

15. Ауруханаға жатқызбау себебі (Не госпитализирован по причине)

16. Сауыққан күні (немен аяқталды) (Дата выздоровления (исход))

17. Науқасқа зертханалық зерттеулер жүргізу күні және орны (Дата и место проведения больному лабораторных исследований):

Зерттеу түрлері (Виды исследования)	Осы диагнозды растайтын зерттеп-қарау нәтижелері (күні) (Результаты обследования (даты), подтверждающие данный диагноз)
Клиникалық (Клинические)	
Биохимиялық (Биохимические)	
Бактериологиялық (Бактериологические)	
Серологиялық (Серологические)	
Вирусологиялық (Вирусологические)	
Басқалары (Другие)	

18. Ауырған адамның осы инфекцияға қарсы егілгендігі туралы мәліметтер (күндерін көрсетіңіз)(Сведения о вакцинации заболевшего против данной

инфекции (указать дни))

19. Иммуңдаудың болмау себептері (Причины отсутствия иммунизации)
Инфекцияның көзі мен берілу факторларын іздеу (Поиск источника и факторы передачи инфекции)

20. Жұқтырудың болжамды мерзімдері (Ориентировочные сроки заражения) (с)
_____ бастап (по) _____ дейін

21. Жұқтырылуы мүмкін орын, оған ықпал еткен жағдайлар мен шарттар
(Предполагаемое место заражения, обстоятельства и условия способствующие этому):

	Мән-жайлар Обстоятельства	Мерзімі Сроки
Басқа елді мекенде болуы (Нахождение в другом населенном пункте)		
Туыстарына, таныстарына баруы (Посещение родственников, знакомых)		
Табиғат аясында демалуы (Отдых в природных условиях)		
Сауықтыру ұйымында болуы (Пребывание в оздоровительной организации)		
Стационарда болуы (Нахождение в стационаре)		
Қан және оның препараттарын құю (Переливание крови и ее препаратов)		
Медициналық іс-әрекеттер, қандай екендігін көрсетіңіз (Медицинские манипуляции, указать какие)		
Жануарлармен, құстармен байланысы (Общение с животными, птицами)		
Су құбырларындағы, кәріздегі авария (Аварии на водопроводе, канализации)		
Басқалары (жазыңыз) (Другие (вписать))		

22. Инфекцияның көзі болып табылуы мүмкін адамдар (Лица, которые могли
явиться
источником инфекции)

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)	Пациенттің ЖСН-і	Қарым-қатынас сипаты	Араласқан орны	Тексеру нәтижесі
--	---------------------	----------------------	----------------	------------------

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии))	(ИИН пациента)	(Характер отношений)	(Место обобщения)	(Результат обследования)
--	----------------	----------------------	-------------------	--------------------------

23. Инфекцияның ықтимал берілу факторлары туралы мәліметтер (Сведения о наиболее вероятных факторах передачи инфекции)

Болжамды берілу факторлары (Предполагаемые факторы передачи)	Қолданған күні мен уақыты (Дата и время употребления)	Дайындалған (қолданған) орны (Место приготовления (употребления))	Жұқтыруға ықпал еткен мән-жайлар (Обстоятельства, способствующие заражению)
---	--	--	--

24. Тұрғылықты жері бойынша ошақта жүргізілген іс-шаралар (мекенжайы)
(Мероприятия в очаге по месту жительства (адрес))

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))	Туған күні (Дата рождения)	Туыстық дәрежесі (Степень родства)	Қарым-қатынаста болған адамдардың егу мәртебесі (Прививочный статус контактных лиц)	Жұмыс орны (Место работы)	Тексерілген күні (Дата обследования)	Анықталған науқастар, бактерия тасымалдаушылар (Выявлено больных, бактерио- носителей)	Егілген, фаг алған (күндері, препарат) (Привито, профагировано (даты, препарат))	Дезинфекциялау түрі, күні (Тип дезинфекции, дата)
--	-------------------------------	---------------------------------------	--	------------------------------	---	---	---	--

25. Жұмыс, оқу орнындағы ошақта жүргізілген іс-шаралар (мекенжайы)
(Мероприятия в очаге по месту работы, учебы (адрес))

Ұжымның атауы (Наименование коллектива)	Қарым-қатынаста болғандар саны (Число контактных)	Зертханалық жолмен зерттеп-қаралды (күні, саны) (Обследовано лабораторно (дата, количество))	Анықталған науқастар, бактерия тасымалдаушылар (Выявлено больных, бактерионосителей)	Егілген, фаг алған (күндері, препарат) (Привито, профагировано (даты, препарат))	Мерзімі (Сроки)	Дезинфекциялау түрі (күні) (Тип дезинфекции (дата))
--	--	---	---	---	--------------------	--

Осы науқасқа байланысты ошақтардың санитариялық-эпидемиологиялық сипаттамасы

(Санитарно-эпидемиологическая характеристика очагов, связанных с данным больным)

Тұрғылықты жері бойынша (По месту жительства)

26. Тұрғын үйінің жағдайы (Жилищные условия): жеке пәтер (отдельная квартира), жеке меншік үй (частный дом), ортақ пәтердегі бөлме (комната в

общей квартире), жатақхана (общежитие), қонақүй (гостиница), басқалары (прочие) _____

27. Сумен жабдықтау сипаты (Характеристика водоснабжения): су құбыры (водопровод), колонка, бұрғыланған, қазылған құдық, тасып әкелінетін су (привозная вода) _____

Судың сапасы (качество воды) (айтуларынша (со слов)) _____

Су берудің тұрақтылығы (Регулярность подачи) _____

Жүйедегі апаттар (Аварии в системе) _____

28. Лас қалдықтарды жинау және шығару түрлері (Вид сбора и удаления нечистот): кәріз, тазаланатын шұңқыр (выгребная яма), ауладағы дәретхана (надворный туалет), басқасы (другое) _____

29. Осы инфекциялық аурудың пайда болуында басқа факторлардың маңызы (Значение других факторов в возникновении данного инфекционного заболевания) _____

30. Тұрғылықты жердегі ошақта сыртқы ортадан алынған материалдарды зертханалық зерттеулер (Лабораторные исследования материалов из внешней среды в очаге по месту жительства):

Күні (Дата)	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Үлгілер саны (Число образцов)	Зерттеу мақсаты (Цель исследования)	Нәтиже және оның берілген күні (Результат и дата выдачи)

Жұмыс, оқу, тәрбиелеу, демалу, емдеу және тағы басқа орын бойынша (По месту работы, учебы, воспитания, отдыха, лечения и так далее)

31. Науқас болған объектінің және оның құрылымдық бөлімшесінің (цехтың, сыныптың, топтың) атауы (Наименование объекта, его структурного подразделения (цеха, класса, группы)), в котором находился больной

сумен жабдықтау (водообеспечение)

кәріз

санитариялық ұсталуы (санитарное содержание)

тамақтану жағдайлары (условия питания)

эпидемиологиялық көрсеткіштер бойынша осы объектіде қабылданған шаралар
(меры, принятые на данном объекте по эпидемиологическим показаниям)

32. Жұмыс/оқу орны бойынша ошақтағы сыртқы ортадан алынған материалдарды
зертханалық зерттеулер (Лабораторные исследования материалов из внешней
среды в очаге по месту работы/учебы):

Күні (Дата)	Үлгі атауы (Наименование образца)	Зерттеудің түрі (Вид исследования)	Зерттеу мақсаты (Цель исследования)	Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)

Санитариялық-эпидемиологиялық тергеп-тексерудің санитариялық-
эпидемиологиялық қорытындысы (Санитарно-эпидемиологическое заключение
санитарно-эпидемиологического расследования)

33. АХК-10 бойынша түпкілікті диагноз (Окончательный диагноз по МКБ-10)

34. Қойылған күні мен орны (Дата и место установления)

35. Диагноз қойылды (Диагноз установлен): клиникалық жолмен (клинически),
зертханалық жолмен расталды

36. (подтвержден лабораторно), мынаған өзгертілді (изменен на):

37. Инфекция жұқтырылған аумақ (Территория заражения) Қазақстан
Республикасы (Республика Казахстан), облыс (область), аудан (район), қала
(город), елді мекен (населенный пункт) _____

38. Инфекцияны жұқтырған орын (Место заражения): тұрғылықты жеріндегі БҰ, мектеп, оқу орны, МҰ (ДО, школа, учебное заведение, МО, по месту жительства)

39. Инфекция көзі (Источник инфекции)

40. Инфекцияның берілу факторы мен жолы (Фактор и путь передачи инфекции): су, тамақ арқылы, ауа-тамшы, трансмиссивті және басқа жолмен (водный, пищевой, воздушно-капельный, трансмиссивный и другие)

41. Инфекцияны жұқтыруға ықпал еткен жағдайлар: инфекция көзін (науқасты, бактерия тасымалдаушыны) уақтылы анықтамау және оқшауламау, науқаста осы инфекцияға қарсы екпелердің болмауы, жеке гигиенаны сақтау үшін жағдайлардың болмауы, сапасыз ауыз су, шомылу, су құбырындағы, кәріз желісіндегі авария, анықталған жоқ, басқа жағдайлар (Условия, способствующие заражению: несвоевременное выявление и изоляция источника инфекции (больного человека, бактерионосителя), отсутствие прививок у больного человека против данной инфекции, отсутствие условий для соблюдения личной гигиены, некачественная питьевая вода, купание, аварии на водопроводе, канализационной сети, не установлено, другие условия)

42. Осы ошақтағы ауырғандардың жалпы саны (Общее число заболевших в данном очаге)

43. Ошақты бақылау аяқталған күн (Дата окончания наблюдения за очагом)

Эпидемиологиялық тергеп-тексеру жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность, подпись проводившего эпидемиологическое расследование)

Бөлім бастығының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись начальника отдела)

Эпидемиологиялық карта тапсырылған күн. Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет органы осы жағдайды № 1 есептік статистикалық нысанда н қай айда есепке алды. (Дата сдачи эпидемиологической карты. В каком месяце данный случай учтен государственным органом санитарно-эпидемиологической службы, в отчетной статистической форме № 1.)

Ескертпе: барлық қайтыс болумен аяқталған жағдайларға эпидемиологиялық тергеп-тексеру картасы толтырылады және мұндай жағдайлар № 1 (инфекциялық және паразиттік аурулар туралы есеп) нысанда есепке алынуы тиіс. (Примечание: на все летальные исходы должны также заполняться карты эпидемиологического расследования и данные случаи должны быть учтены в форме № 1 (отчет об инфекционных и паразитарных заболеваниях))

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность исполнителя

қолы (подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
282-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
282- қосымша

Приложение 282
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 282/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салама- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 282/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Зоонозды ауру ошағын эпизоотологиялық-эпидемиологиялық зерттеп-қарау
картасы**

**Карта эпизоотолого-эпидемиологического обследования очага зоонозного
заболевания**

1. Нозологиялық түрі (Нозологическая форма)

2. Қоздырғыштың түрі (Вид возбудителя)

3. Ауырған немесе ауруға күдікті жануардың анықталғаны туралы хабарламаның алынған күні (Дата получения сообщения о выявлении заболевания животного или подозрение на него):

а)

_____ ветеринариялық ұйымға (в ветеринарную организацию)

б) _____ аумақтық мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органына (территориальный орган государственного санитарно-эпидемиологического надзора)

4. Адамның ауырғаны туралы хабарлама алынған күн (Дата получения сообщения о заболевании человека):

_____ ДСБ (УЗ), _____ ветеринариялық бөлімге (ветотдел)

5. Алдын-ала қойылған диагноз (Предварительный диагноз)

Жануарда (у животного)

Адамда (у человека)

6. Эпизоотологиялық-эпидемиологиялық тексеру күні (Дата 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 осы ауруының анықталған күні (Дата выявления настоящего заболевания животного (ых)) _____

9. Ауру ошағының орналасуы (шаруашылық, елді мекен, ферма, отар, цех және басқалары) (Локализация очага (хозяйство, населенный пункт, ферма, отара, цех и другие)) _____

	Ірі қара мал Круп- ный рога- тый скот	Ұсак мал Мел- кий рога- тый скот	Жыл- қы лар Ло- шади	Шош- қалар Сви- ньи	Басқа ауыл шару- шы- лығы мал- дары Дру- гие сель- ско хозя- йстве- ные жи- вот- ные	Ит- тер Со- ба- ки	Мысық- тар Кошки	Қас- қыр- лар Вол- ки	Түл- кі- лер Ли- си- цы	Жа- нат тәр- із- дес ит- тер Ено- то вид- ные со- баки	Бас- қа жа- байы жырт- қы- штар Дру- гие ди- кие хищ- ники	Жа- байы тұяқ- ты- лар Ди- кие ко- пыт- ные	Ке- мір- гіш- тер Гры- зу- ны	Анық- талма ғандар Неуста- новлен- ные
Же- ке (1) Лич- ные														
Жал- пы (2) Об- щие														
Жа- байы (3) Ди- кие														

Иесінің мекенжайы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (адрес, Ф.И.О. (при его наличии) владельца)

10. Ауырған және өлген (өлтірілген) малдың түрі мен тиістілігі (Вид и принадлежность заболевших и павших (убитых) животных) _____

күнін жазыңыз (вписать число)

11. Инфекцияның табиғи-ошақтық ошағындағы алдыңғы эпизоотологиялық жағдай (Предшествовавшая эпизоотическая ситуация в очаге природно-очаговой инфекции) _____

жауабын қоршаңыз (ответ обвести)

Тұрғындарға жүргізілген сауалнама деректері бойынша						Эпизоотологиялық тексеру деректері бойынша									
По данным опроса населения						По данным эпизоотологического обследования									
Осы инфекция бойынша энзоотиялық аумақ (Территория по данной инфекции энзоотична)		Кеміргіштер санының ұлғаюы (Увеличение численности грызунов)		Тасымалдаушылар санының ұлғаюы (Увеличение численности переносчиков)		Кеміргіштер санының ұлғаюы Увеличение численности грызунов		Жабайы (диких)		Синантропты (синантропных)		Қансорғыш буынаяқтылардың болуы және санының өсуі (Наличие и рост численности кровососущих членистоногих)		Эпизоотияның болуы (Наличие эпизоотии)	
иә	жоқ	иә	жоқ	иә	жоқ	иә	жоқ	иә	жоқ	иә	жоқ	иә	жоқ	иә	жоқ
да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет

12. Жануарлардың осы ауруын тудыруға себепші болған жағдайлар (астын сызыңыз): анықтау мүмкін болмады (1), инфекцияны жұқтырған жануарлардың сырттан әкелінуі (02), инфекцияланған жем-шөптің сырттан әкелінуі (03), жабайы немесе қараусыз малдың пайда болуы (04), инфекцияланған тасымалдаушылардың пайда болуы (05), кеміргіштер санының өсуі (06), қайта топтастыру немесе ауру жануарлармен бірге ұсталуы (07), инфекцияланған жайылымдарды, суаттарды пайдалану (08), жер қазу жұмыстарын жүргізу (09), басқалары (10). (Условия, способствовавшие возникновению настоящих заболеваний животных (подчеркнуть): выявить не удалось (01), завоз инфицированных животных (02), завоз инфицированных кормов (03), появление диких или бешарных животных (04), появление инфицированных переносчиков (05), рост численности грызунов (06), перегруппировка или совместное содержание с больными животными (07), использование инфицированных пастбищ, водоемов (08), проведение земляных работ (09), другие (10).)

13. Жануарлар мен сыртқы ортадан алынған материалды зертханалық зерттеу (Лабораторное исследование материала от животных и из внешней среды):

Жануардың түрі, зерттелген материалдың атауы (Вид животного, наименование исследованного материала)	Зерттеу күні (Дата исследования)	Зерттелген сынамалар саны (Число исследованных проб)	Зерттеу әдісі (Метод исследования)	Нәтижелер (қоздырғыштың түрі, серовары, титрі) (Результаты (вид, серовар, титр возбудителя))

14. Ауру жануарлар оқшауландырылды, өлді, өлтірілді, ошақтың сыртына шығарылды, қашып кетті, ошақта қалды, өлекселері өртелді, кәдеге жаратылды, көмілді, ауру жануардың өнімдері (шикізат): үйде қолданылды, жекеше түрде таратылды, қоймаға өткізілді, көтерме және бөлшек саудада сатуға, қоғамдық тамақтану объектілеріне жіберілді, жойылды (астын сызыңыз) (Больные животные изолированы, пали, убиты, вывезены за пределы очага, сбежали, остались в очаге, трупы сожжены, утилизированы, зарыты, продукты (сырье) от больного животного: использованы на дому, розданы частным образом, сданы на склад, отправлены на оптовую и розничную продажу, на объекты общественного питания, уничтожены (подчеркнуть))

15. Ауруды жұқтыруы мүмкін адамдар саны (ауырғандарды қоса алғанда) (Число лиц, имевших возможность заразиться (включая заболевших))

16. Оның ішінде өндірістік жағдайларда (В том числе в производственных условиях) _____

17. Оның ішінде өздері келіп қаралғандар (в том числе обратились самостоятельно) _____

18. Оның ішінде белсенді түрде анықталғандар (в том числе выявлены активно) _____

19. Шұғыл профилактикалық немесе антирабиялық көмек алған адамдар саны (Число лиц, получивших экстренную профилактическую или антирабическую помощь) _____

20. Ошақтағы ауырған адамдар саны (Число заболевших в очаге людей)

2. Сол жағдайларда ауруды жұқтыруы мүмкін адамдарды бақылау (Наблюдение за лицами, имеющими возможность заразиться в тех же условиях)

Тіркеу нөмірі	Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)	Жынысы (Пол)	Туған күні	Үй мекенжайы	Жұмыс орны, кәсібі	Күні Дата		Болжамды жұқтырылу күні, орны, жағдайы
						Жүгіну	Анықталу	

(Регистраци- онный но- мер)	(Фамилия, имя,отче- ство (при его нали- чии))		(Дата рожде- ния)	(До- маш- ний ад- рес)	(Место рабо- ты, род заня- тий)	(Об- ра- ще- ния)	(Вы- явле- ния)	(Дата, место, условия возможного зараже- ния)

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Осы инфекцияға қарсы алдында жүргізілген иммундау күні (Дата предшествовав- шей иммунизации про- тив данной инфекции)	Шұғыл профилактика, антирабиялық емдеу (кү- ні, препарат, сериясы, схемасы) схема бұзылған жағдайда себебін көрсетіңіз (Экстренная профилактика, антирабическое ле- чение (дата, препарат, серия, схемы) в случае на- рушения схемы указать причину)	Емдеуге жатқызу күні мен орны (Дата и место гос- питализа- ции)	Зертханалық тек- серу күні және нәтижесі (Дата и резуль- тат лабораторно- го обследования)	Қарым-қатына- ста болған адам- дардың ауырған күні (Дата заболева- ния контактных лиц)

3. Ошақты жою жөніндегі іс-шаралар (Мероприятия по ликвидации очага)

21. Карантин (қолайсыз) жарияланды, жарияланбады (астын сызыңыз) (Карантин (неблагополучие) объявлен, не объявлен (подчеркнуть)), күні (дата) басталуы (начала) _____ аяқталуы (окончания) _____

22. Жануарлардың өлекселерін кәдеге жарату (Утилизация трупов животных): күні (дата) _____

тәсілі (өртелді, көмілді, ветеринариялық-санитариялық зауытқа тапсырылды)
астын сызыңыз (способ (сожжен, зарыт, сдан на ветеринарно-санитарный завод)
подчеркнуть)

Жануарларға қатысты іс-шаралар (Мероприятия в отношении животных)	Күні (Дата)	Саны (Коли- чество)	Өткізілу орны (Место проведе- ния)
Профилактикалық екпелер (эпизоотиялық көрсетілімдер бойынша) (Профилактические прививки (по эпизоотическим показаниям))			
Қараусыз қалған жануарларды аулау (Отлов безнадзорных животных)			
Жабайы аңдарды ату (Отстрел диких животных)			
Дератизация, м2	Табиғи ошақта (В природном очаге)		
	Өндірісте (На производстве)		
	Тұрмыста (В быту)		
Зерттеу (Исследование)			
Оқшаулау (Изоляция)			
Союға өткізу (Сдача на убой)			
Емдеу (Лечение)			
Іс-шаралар жүргізілмеді (Мероприятия не проводились)			

	Са- ны (Ко- ли- че- ство)	Күні (Дата)	Әдісі, құралдары (жою, өңдеу, дезинфекциялау, дезинсекциялау-жазыңыз) (Способ, средства (уничтожение, переработка, дезинфекция, дезинсекция - вписать))	Жүргізу орны (Место проведе- ния)	Орындалуын ба- қылау және нәтиже (Контроль ис- полнения и ре- зультат)
Ет және ет өнімдері (Мясо и мясные продукты)					
Сүт және сүт өнімдері (Молоко и молочные продукты)					
Басқа да тамақ өнімдері (Другие продукты питания)					
Мал шаруашылығы шикізаттары мен одан жасалатын бұйымдар (Животноводческое сырье и изделия из него)					
Су (Вода)					
Қи, топырақ (Навоз, почва)					
Түсіктер, өлі туған ұрықтар, малдың шаранасы және басқасы (Абортированные, мертворожденные плоды, послед и другие)					
Өндірістік үй-жайлар (Производственные помещения)					
Тұрмыстық үй-жайлар (Бытовые помещения)					
Басқа факторлар (Другие факторы)					

23. Инфекцияның берілу факторларын залалсыздандыру бойынша шаралар (Меры по обезвреживанию факторов передачи инфекции)

24. Ошақты жою жөніндегі іс-шаралар туралы санитариялық-эпидемиологиялық және ветеринариялық қорытынды (Санитарно-эпидемиологическое и ветеринарное заключение о мероприятиях по ликвидации очага)

Екпе егілген жануарлар (Привито животных)	Жойылған жануарлар (Уничтожено животных)	Союға өткізілгені (Сдано на убой)	Өңделген алаңдар (Обработано площадей)			Іс-шаралар жүргізілген жок Мероприятия не проводились
			Дезинфекция	Дезинсекция	Дератизация	
1	2	3	4	5	6	7

25. Ошақ және жүргізілген іс-шаралар туралы қосымша мәліметтер
(Дополнительные сведения об очаге и проведенных мероприятиях):

Дәрігер-эпизоотологтың тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) подпись врача эпизоотолога)

Дәрігер-эпидемиологтың тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы
(Фамилия, имя,

Отчество (при его наличии), подпись врача эпидемиолога)

Зоонозды аурулар ошағын 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 (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его
наличии))_____

5. Мекенжайы (Домашний адрес), елді мекен (населенный пункт) _____ қала
(город), ауыл (село)

6. Жасы (Возраст)

7. Жынысы (Пол)

8. Қысқаша эпидемиологиялық анамнез, болжамды жұқтыру орны (Краткий
эпидемиологический анамнез, вероятное место заражения)

9. Кәсібі (Род занятий)

10. Науқас туралы хабарлама алынды (Сообщение о больном получено) күні,
сағаты (дата, час)

11. Хабарламаны кім жіберді (Кем направлено сообщение)

12. Шұғыл хабарлама бойынша диагнозы (Диагноз по экстренному извещению)

13. Алғашқы қойылған диагнозы дұрыс, (дұрыс емес) (Первоначальный диагноз
правильный, (неправильный))

14. Науқас (Больной выявлен при): кәсіптік тексеру (профессиональном
обследовании) (1), эпидемиологиялық көрсетілімдер бойынша тексеру кезінде
(обследовании по эпидемиологическим показаниям) (2), медициналық көмек
алуға келгенде (обращении за медицинской помощью) анықталды (3)

15. Эпидемиологиялық тексеру күні (Дата эпидемиологического обследования)

16. Ауырған күні (Дата заболевания)	17. Қаралған (анықталған) күні мен орны (Дата и место обращения (выявления))	18. Ауруханаға жатқызылған күні (Дата госпитализации)	19. Шұғыл хабарлама жіберуге себеп болған диагноздың 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 көрсетілімдердің болмауы (отсутствие клинических показаний), ауруханада орын болмауы (отсутствие мест в стационаре) ауруханаға жатудан бас тартуы (отказ от госпитализации) астын сызыңыз (подчеркнуть)

24. Ауруханаға кеш жатқызылу себебі (Причина поздней госпитализации): ауруханада орын болмауы (отсутствие мест в стационаре), кеш қаралуы (позднее обращение), диагноздың кеш қойылуы (поздняя диагностика), бас тартуы (отказ) астын сызыңыз (подчеркнуть)

25. Зертханалық зерттеулер (Лабораторные исследования) жүргізілді (проводились) (1), жүргізілмеді (не проводились) (2).

26. Диагноз қойылды (Диагноз установлен): клиникалық (клинически) (1), зертханалық жолмен (лабораторно) (2), кешенді (комплексно) (3), басқа әдістермен (другими методами) (4).

Клиникалық Клинически	Күнi Дата	Тексеру нәтижесі Результат обследования
Зертханалық Лабораторно	Бактериологиялық (Бактериологически) (вирусологиялық (вирусологически))	
	Микроскопиялық (Микроскопически)	
	Иммунологиялық (аллергиялық) (Иммунологически)	

	(аллергологически))		
	Биохимиялық (Биохимически)		
	Басқа әдістермен (Другими методами)		

27. Науқас бұрын егілген (1), егілмеген (2), оның ішінде эпидемиологиялық көрсетілімдердің болмауына байланысты, медициналық қарсы көрсетілімдер бойынша, бас тартуына, басқа себептерге байланысты (астын сызыңыз) (Больной ранее привит (1), не привит (2), в том числе из-за отсутствия эпидемиологических показаний, по медицинским противопоказаниям, из-за отказа, по другим причинам (подчеркнуть))

28. Шұғыл профилактикалық немесе антирабиялық қарсы көмек көрсету (Экстренная профилактическая или антирабическая помощь): жүргізілді (проводилась) (1), жүргізілмеді (не проводилась) (2), оның ішінде схеманың бұзылуымен (в том числе с нарушением схемы) (3)

29. Шұғыл профилактика немесе құтырмаға қарсы көмек көрсетілгені туралы деректер (Данные об экстренной профилактике или антирабической помощи): күні (дата), препарат, дозасы (доза)

_____ сериясы (серия)

жүргізілмеген немесе схемасы бұзылған жағдайда себебін көрсетіңіз:

бас тарту, медициналық қарсы көрсетілімдер, өз бетімен тоқтату, асқынулар (в случае не проведения или нарушения схемы указать причину: отказ, медицинские противопоказания, самовольное прекращение, осложнения)

30. Клиникалық түрі (Клиническая форма)

31. Зақымдану орны (Локализация поражения): басы, мойыны, беті, денесі, қолының басы, иығы, аяқтары, көптеген орындар (астын сызыңыз) (Локализация поражения: голова, шея, лицо, туловище, кисти рук, плечо, нижние конечности, множественные (подчеркнуть))

32. Аурудың ауырлығы (Тяжесть заболевания): жеңіл (легкое), ауырлығы орташа (средней тяжести), ауыр (тяжелое)

33. Ауру (Заболевание): кәсіптік (профессиональное) (1), кәсіптік емес (не профессиональное) (2) астын сызыңыз (подчеркнуть)

34. Жұқтыру көзі туралы мәліметтер (Сведения об источнике заражения)

Ірі қара мал КРС	Ұсақ мал МРС	Жылқы Лошади	Шошқа Свиньи	Басқа да ауыл / шаруашылығы малдары Другие сель/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 тәрізді иттер (Енотовидные соба- ки)	Басқа жабайы жыртқы- штар (Другие дикие хищники)	Жабайы тұяқты- лар (Дикие копыт- ные)	Кеміргіш- тер (Грызуны)	Анықталмаған- дар (Не установлен- ные)
8	9	10	11	12	13	14

35. Жануардың тиістілігі (Принадлежность животного): мемлекеттік ауыл шаруашылығы (сельскохозяйственное государственное) (1), жеке меншік (личное) (2), оқшауланған мысықтар, иттер (кошки, собаки изолированные) (3), иесіз мысықтар, иттер (кошки, собаки безнадзорные) (4), жабайы (дикие) (5), иесі анықталмаған (принадлежность не установлена) (6) астын сызыңыз (подчеркнуть)

36. Жануарларды бақылау нәтижелері (Результат наблюдения за животными): оқшауланды (изолировано), өлді (пало), өлтірілді (убито), ошақтың сыртына шығарылды (вывезены за пределы очага), қашып кетті (сбежало), үйірде, отарда, инфекция ошағында қалды (осталось в стаде, отаре, очаге) астын сызыңыз (подчеркнуть)

37. Жануардың диагнозы зертханалық жолмен (Диагноз у животного лабораторно): расталған (подтвержден) (1), расталмаған (не подтвержден) (2), зерттелмеген (не исследовалось) (3) астын сызыңыз (подчеркнуть)

38. Адамға жұғуына ықпал еткен жағдайлар (Условия, способствовавшие заражению человека) қоршап көрсетіңіз (обвести)

Анық- тал- мады	Санитариялық-эпидемиологиялық режим мен қағидалардың бұзылуы Нарушение санитарно-эпидемиологического режима и правил				
	Тамақ өнімдерін дайындау және сактау	Тамақ өнім- дерін сату	Жануарлар- ды ұстау және бағу	Малды сою, өлік- терінің ішін жару, терісін сыпыру	Мал шаруашылығы шикізаты мен басқа да ауыл шаруашылығы өнімдерін тасымалдау, сактау, өндеу

(Не установлено)	(Приготовление и хранение пищевых продуктов)	(Реализация пищевых продуктов)	(Содержания и ухода за животными)	(Убой скота, вскрытия трупов, снятия шкур)	(Транспортировки, хранения, переработки животноводческого сырья и других сельскохозяйственных продуктов)
1	2	3	4	5	6

кестенің жалғасы (продолжение таблицы)

Санитариялық-эпидемиологиялық режим мен қағидалардың бұзылуы (Нарушение санитарно-эпидемиологического режима и правил)						
Ауыл шаруашылығы және басқа да жұмыс түрлерін жүргізу (Проведение сельскохозяйственных и других видов работ)	Табиғи ошақ аумағында болуы (Нахождение на территории природного очага)		Жабайы және несіз 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)	Тамақ өнімдері Продукты питания			Мал шаруашылығы шикізаты мен олардан дайындалған бұйымдар Животноводческое сырье и изделия из него	Су Вода		
	Ет және ет өнімдері (Мясо и мясные продукты)	Сүт және сүт өнімдері Молоко 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. Науқас адамның тұрғылықтаы орында жүргізілетін іс-шаралар
(Мероприятия в месте жительства больного человека)**

Іс-шаралардың атауы Наименование мероприятий	Объекті, жүргізу орны, ауданы мІ Объект, место проведения, площадь мІ	Күні Дата	Тәсілі Способ	Құралдары Средства	Орындалуын бақылау және нәтиже Контроль исполнения и результат
Қорытынды дезинфекциялау Заключительная дезинсекция					

Дезинсекциялау					
Дезинсекция					
Дератизациялау					
Дератизация					
Басқа іс-шаралар					
Другие мероприятия					

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность исполнителя)

_____ қолы (подпись)

ҚР АШМ қалалық (аудандық) аумақтық бөлімшесінің бас маманы (маманы)
Главный специалист (специалист) гор (рай) территориального подразделения
МСХ РК

тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его
наличии))

_____ қолы (подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
283-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
283- қосымша

Приложение 283
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 283/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 283/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Туберкулездің бациллалық түрінің ошағын эпидемиологиялық зерттеп-
қарау картасы**

**Карта эпидемиологического обследования очага бациллярной формы
туберкулеза**

Эпидемиологиялық нөмірі (Эпидемиологический номер) _____ Аудан
(район) _____ Елді мекен (Населенный пункт)

Шұғыл хабарламаны алған күн (Дата получения экстренного извещения) _____
Көше, үй (Улица, дом) _____ Қала, ауыл (керегінің астын сызыңыз)

Нысан бойынша (по форме) № 090/y

Нысан бойынша (по форме) № 089/y

Туберкулез ошағын алғаш рет тексеру күні (қала, ауыл) (Дата первичного
обследования очага туберкулеза) _____ (Город, село) (нужное подчеркнуть))

Мекенжайы: облыс (Адрес: область)

Эпидемиологиялық топқа жатқызылуы (Принадлежность к эпидемиологической
группе) _____

Бір эпидемиологиялық топтан екінші эпидемиологиялық топқа ауыстыру күні
(Дата перевода из одной эпидемиологической группы в другую)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его
наличии))

2. Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол): еркек (мужской),
әйел (женский) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть))

3. Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымы (Место работы, учебы, детской организации)

4. Кәсібі (Род занятий)_____ Соңғы рет қаралған күні (Дата
последнего посещения)

5. Анықталды: қаралуы кезінде, профилактикалық тексеру кезінде (керегінің
астын сызыңыз) (Выявлен: по обращаемости, при профилактических осмотрах
(нужное подчеркнуть))_____

6. Ошақтағы оқиғалардың саны (Количество случаев в очаге)

7. Ауырған күні (Дата заболевания)_____ Қаралған күні (Дата
обращения)_____

8. Емдеуге жатқызылған күні (Дата госпитализации)

Емдеуге жатқызу орны (Место госпитализации)

9. Алғашқы диагнозы, қойылған күні (Первичный диагноз, дата установления)

10. Қорытынды диагнозы, қойылған күні (Окончательный диагноз, дата
установления)_____

11. Анықтау әдісі (Метод выявления)

12. Туберкулез (БК+) диагнозы қойылған науқасты есепке алу күні (Дата взятия
больного человека на учет с диагнозом туберкулез (БК+))

13. Туберкулез микобактериясы бөлінген күн (Дата выделения микобактерии туберкулеза)

15. Қайталану себептері (Причины рецидива)

16. Ауруды интенсивті фазада емдеуді бастаған күн (дата начала лечения в интенсивной фазе)

1) стационарлық (стационарно)

2) амбулаторлық (амбулаторно)

17. Қарқынды фазада емдеудің аяқталған күні (Дата окончания лечения в интенсивной фазе)

18. Қолдау фазасында емдеу басталған күн (Дата начала лечения в поддерживающей фазе)

1) стационарлық (стационарно)

2) амбулаторлық (амбулаторно)

19. Қолдау фазасында емдеу аяқталған күн (Дата окончания лечения в поддерживающей фазе)

20. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения)

21. Туберкулез диагнозы қойылғанға дейінгі науқас туралы деректер (Данные о больном, до установления диагноза туберкулез):

1) Науқасқа жасалған профилактикалық екпелері туралы мәліметтер

(Сведения о профилактических прививках больного человека)

2) Науқасқа жасалған туберкулин диагностикасы туралы мәліметтер

(Сведения о туберкулинодиагностике больного человека)

3) Науқасты рентгендік-флюорографиялық тексеру туралы мәліметтер

(Сведения о рентгено-флюорообследовании больного человека)

4) Науқасты бактериоскопиялық тексеру туралы мәліметтер (Сведения о

бактериоскопическом обследовании больного человека)

5) Туберкулезбен ауыратын науқас адамның қосымша аурулары

(Сопутствующие заболевания больного человека туберкулезом)

22. Инфекция жұқтырудың болжамды көзі (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	Ескертпе Примечание

Туберкулез диагнозы қойылған кезден бастап науқасты бактериоскопиялық және рентгендік-флюорографиялық тексерулер туралы деректер /Данные о бактериоскопическом и рентгено-флюорографическом обследовании больного человека с момента установления диагноза туберкулез

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Жылдары Годы	Бактериоскопиялық Бактериоскопические	Рентгендік- флюорографиялық Рентгено- флюорографические

Туберкулездің бациллалық түрінің ошағында қарым-қатынаста болған адамдарды тексеру және оларға жүргізілген химиялық профилактика туралы деректер/ Данные об обследовании и химиопрофилактике контактных лиц из очага бациллярной формы туберкулеза

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Байланыста болған адамдардың тегі, аты, әкесінің аты фамилия, имя, отчество контактных	Жасы Возраст	Манту реакциясының күні Дата реакции Манту	Манту реакциясының нәтижесі Результат реакции Манту	БЦЖ жасалған күндер Даты БЦЖ

кестенің жалғасы (продолжение таблицы)

Бактериоскопия өткізілген күндер Даты бактериоскопии	Бактериоскопия нәтижелері Результаты бактериоскопии	Рентгенофлюорокопия өткізілген күндер Даты рентгенофлюорокопии	Ауруды жұқтырған балаларға, жасөспірімдерге жүргізілген химиялық профилактика Химиопрофилактика Инфицированным детям, подросткам		Санаторлық топқа түскен күні Дата поступления в санаторную группу
			Басталуы Начало	Аяқталуы Окончание	

Ауыл шаруашылығы және үй жануарлары мен құстарын туберкулезге тексеру туралы деректер (Данные об обследовании сельскохозяйственных и домашних животных и птиц на туберкулез)

--	--	--	--	--	--

Тіркеу нөмірі 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	Ескерт- пе Приме- чание

25. Науқасқа қосымша тұрғын үй алаңы қажет пе (Требуется ли больному дополнительная жилая площадь)

26. Мектепке дейінгі ұйымдардағы және мектеп жасындағы интернат ұйымдарындағы оқшаулауды қажет ететін балалар саны (Количество детей, нуждающихся в изоляции в дошкольных организациях и интернатные организации школьного возраста) _____

27. Науқасты бациллалық есептен шығару күні (Дата снятия больного человека с бациллярного учета)

28. Бациллалық ошақты есептен шығару күні (Дата снятия бациллярного очага с учета) _____

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) должность исполнителя)

қолы (подпись) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
284-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
284- қосымша

Приложение 284
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « _____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 284/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 284/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

**Іш сүзегінің, А, В паратифтерінің бактерияларын тасымалдаушыны есепке
алу картасы**

Карта учета носителя бактерий брюшного тифа, паратифов А, В

№ _____

1. Тегі (Фамилия)_____ Аты (Имя)_____ Әкесінің аты (ол болған жағдайда)
(Отчество) (при его наличии)

2. Туған күні (Дата рождения)

3. Мекенжайы (Домашний адрес)

4. Жұмыс, оқу орны (Место работы, учебы)

5. Кәсібі (Профессия)

6. Қысқаша анамнездік деректері (Краткие анамнестические данные): іш
сүзегімен, паратифтермен қашан және қайда ауырды, ауырған жоқ (когда и где
переболел брюшным тифом, паратифами, заболевание отрицает)

7. Бактерия тасымалдаушылықтың тексерудің қандай түрінде анықталғаны
туралы деректер (Данные выявления бакносительства, при каком виде
обследования) диагноз қою үшін, профилактикалық (для диагностики,
профилактическое), өсірінді қандай материалдан бөлініп алынды (нәжіс, несеп,
өт) (материал из которого выделена культура (кал, моча, желчь))

8. Іш сүзегінің, А,В паратифтері қоздырғышының түрі (Вид возбудителя
брюшного тифа,
паратифов А,В)

10. Есептен шығарылған күні мен себебі (Дата и обоснование снятия с учета)

11. Тасымалдаушының айналасындағы ауру жұқтырғандарды есепке алу (Учет заразившихся в окружении носителя)

Тегі (Фамилия)	Ошақтың сипаты (жанұя, пәтер, жұмыс орны және басқалар) (Характеристика очага (семья, квартира, место работы и другие))	Ауырған күні (Дата заболевания)	Фаготипі (Фаготип)
-------------------	--	------------------------------------	-----------------------

Мекенжайы ауысқанда бұл туралы қайда және кімге хабарланғанын көрсетіңіз (При перемене жительства указать, куда и кому сообщено об этом)

12. Бактерия тасымалдаушының тұратын үй және коммуналдық жағдайлары (пәтер, үй, жатақхана, су құбыры, кәріз және басқалар) (Жилищные и коммунальные условия проживания бактерионосителя (квартира, дом, общежитие, водопровод, канализация и др.))

13. Тасымалдаушыға қатысты іс-шаралар (Мероприятия в отношении носителя) түсіндіру жұмыстары, санитариялық режимді жақсарту, ағымдағы дезинфекциялау, фагтау, ауруханаға жатқызу, емдеу және басқалары күндерімен (разъяснительная работа, улучшение санитарного режима, текущая дезинфекция, фагирование, госпитализация, лечение и др. по датам)

14. Бактерия тасымалдаушыны зертханалық зерттеудің нәтижелері (Результаты лабораторных исследований носителя бактерий)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Бактериологиялық Бактериологические				Серологиялық Серологические			
	күні дата	зерттеу материалы (өт, несеп, нәжіс) материал исследования (желчь, кал, моча)	нәтиже результат	фаготип фаготип	күні дата	Іш сүзегі Брюшной тиф		
						Н	О	ВИ

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность исполнителя)

_____ қолы (подпись)



Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
285-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
285- қосымша

Приложение 285
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « _____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 285/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 285/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

**Жануардың тістеуінен, сілекейі жұғуынан, тырнауынан зардап шегуші
адамның оқиғасын
эпидемиологиялық тергеп-тексеру картасы
Карта эпидемиологического расследования случая укуса, ослонения,
оцарапывания пострадавшего животным**

1. Қалалық (аудандық) ДСБ (Гор (рай) УЗ)

2. Зардап шеккен адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пострадавшего)

3. Жасы (Возраст)

4. Мекенжайы, (Домашний адрес,) телефон №

5. Жұмыс, оқу орны (Место работы, учебы), телефон №

6. Тістеген күні (Дата укуса)

7. Бірінші рет қаралған күні, алғашқы көмек көрсеткен ұйымның атауы
(Дата первичного обращения, наименование организации, оказавшего
первую помощь)

8. Шұғыл хабарлама берілген күн, кім жолдады (ұйым) (Дата подачи
экстренного извещения, кем направлено (организация))

9. Қалалық (аудандық) ДСБ шұғыл хабарламаны алған күн (Дата
получения экстренного извещения, гор (рай) УЗ)

10. Эпидемиологиялық тергеп-тексеру басталған күн (Дата начала
эпидемиологического расследования)

11. Медициналық ұйымға келген күні (Дата явки в медицинскую организацию) _____

12. Тістеу мән-жайы (Обстоятельства укуса) _____

13. Зақымның сипаты, оның орналасуы (Характер повреждения, его локализация) _____

14. Емдеу іс-шаралары (Лечебные мероприятия): егу курсы – антирабиялық вакцина (КОКАВ) сериясы (курс прививок – антирабическая вакцина (КОКАВ) серия) _____

жарамдылық мерзімі (срок годности) _____ өндіруші фирма
(фирма-производитель) _____

А) толығын бастады (полный начат) _____ аяқтады (окончен) _____

Б) толық емесі басталды (неполный начат) _____ аяқталды
(окончен) _____

Ауруханаға жатқан күні (Дата госпитализации) _____ орны (место) _____

Иммуноглобулинді енгізу күні (Дата введения иммуноглобулина) _____

дозасы (доза)_____сериясы

(серия)_____

Жарамдылық мерзімі (срок годности)_____өндірішу фирма

(фирма-производитель)_____

Егуді өз еркімен тоқтату (Самовольное прекращение

прививок)_____

Бас тартуы (отказ)_____

Асқынулар (осложнения)_____

15. Жануар туралы мәліметтер (Сведения о животном)_____

Түрі (Вид)_____

Иесінің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) және мекенжайы (Ф.И.О (при его наличии), и
адрес

владельца)_____

16. Мемлекеттік ветеринариялық қызметке хабарлама жіберілген күн

(Дата направления извещения в государственную ветеринарную

службу)_____

17. Жануарды бақылаудың нәтижесі (өлді, өлтірілді, белгісіз, дені сау)

(Результат наблюдения за животным

(пало, убито, неизвестно, здорово))

18. Құтырма клиникалық, зертханалық жолдармен анықталды (Бешенство
установлено клинически, лабораторно)

19. Ошақта жүргізілген іс-шаралар, санитариялық-ағарту жұмыстары
(Мероприятия, проведенные в очаге,
санитарно-просветительная работа)

20. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

21. Эпидемиологиялық тергеп-тексерудің аяқталған күні (Дата окончания
эпидемиологического расследования)

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность исполнителя)

қолы (подпись)_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
286-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
286- қосымша

Приложение 286
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « _____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 286/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 286/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

Инфекциялық ауру ошағында ағымдағы дезинфекциялауды бақылау картасы

Карта контроля текущей дезинфекции в очаге инфекционного заболевания

1. Диагноз – алдын ала, соңғы (Диагноз – предварительный, окончательный)

2. Науқас адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного человека)

3. Жасы (Возраст) _____ 4. Мамандығы (Профессия)

5. Жұмыс, оқу орны (Место учебы, работы)

6. Мекенжайы (Адрес)

6. Науқас сауыққанға дейін, ауруханаға жатқызуға дейін қалдырылды (астын сызыңыз) (Больной оставлен до выздоровления, до госпитализации (подчеркнуть))

8. Медициналық ұйым (Мед.организация)

9. Ауырған күні (Дата заболевания)

Жүгінген күні (Дата обращения)

Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза)

Дезинфекциялауға өтінім қабылданды (Заявка на дезинфекцию принята)

ұйымның атауы (наименование организации)

Дезинфекция жүргізудің басталған күні (Дата начала проведения дезинфекции)

10. Режимнің бұзылғандығы анықталды (Выявлены нарушения режима)

11. Қолданылған дезинфектанттар (Использованные дезинфектанты)

Бактериологиялық бақылау (Бактериологический контроль)			Химиялық бақылау (Химический контроль)		
Кү- ні (Да- та)	Алынған үлгілердің саны (Число отобранных образцов)	Олардың ішінде қанағатта- нарлықсыз (Из них неудовлетвори- тельных)	Алынған үлгілер са- ны (Число отобранных образцов)	Олардың ішінде (Из них)	
				Шоғырлануы төмен (Заниженных кон- центраций)	Шоғырлануы жоға- ры (Завышенных кон- центраций)

12. Ағымдағы дезинфекциялауды бақылау күні (Дата контроля текущей дезинфекции)

1. Дезинфекциялау тоқтатылды (науқас аурудан жазылды, диагнозы өзгертілді, ауруханаға жатқызылды, қайтыс болды) (Дезинфекция прекращена (больной выздоровел, изменен диагноз, госпитализирован, умер))

Дезинфекциялауға өтінім қабылданды (Заявка на дезинфекцию принята)

ұйымның атауы (наименование организации)

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты және қолы (Фамилия, имя, отчество и подпись исполнителя) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
287-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
287- қосымша

Приложение 287
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « _____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 287/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 287/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

**Медициналық және басқа да ұйымдарда ағымдағы дезинфекциялауды
ұйымдастыру мен жүргізуді бақылау картасы**

**Карта контроля организации и проведения текущей дезинфекции в
медицинских и других организациях**

№ _____

Басталуы (Начат) " _____ " _____ 20 ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж.(г.)

1. Мекенжайы (Адрес): _____

көше, үйінің № (улица, дом №) _____ телефон _____

Шаруашылық жүргізуші субъектінің немесе оның құрылымдық бөлімшесінің
толық атауы

(Полное наименование хозяйствующего субъекта или его структурного
подразделения) _____

2. Су құбырымен, кәрізбен, газбен қамтамасыз ету

(астын сызыңыз) (Обеспеченность водопроводом, канализацией,
газом подчеркнуть)) _____

Механикаландырылған, жартылай механикаландырылған, қол еңбегімен кір жуу
орны

(астын сызыңыз, жазыңыз) (Пращечная механизированная,
полумеханизированная, с ручным трудом (подчеркнуть, вписать))

Дезинфекциялау камерасы (Дезинфекционная камера), маркасы

(марка) _____ жұмыс істейді/істемейді

(астын сызыңыз, жазыңыз) (работает/не работает (подчеркнуть, вписать))

Дезинфекциялау құралдарының болуы (атауы, кг) (Наличие Дезсредств
(наименование, кг)) _____

3. Ұйым (бөлімше) басшысының Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О (при его
наличии))

Руководителя организации (отделения))

4. Дезинфекциялау іс-шараларын ұйымдастыруға жауапты адам (Ответственный за организацию дезинфекционных мероприятий)

тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауызы (фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность)

6. Бактериологиялық және химиялық талдаулардың нәтижелері (Результаты бактериологических и химических анализов)

Объектіге бару күні (айы, күні) (Дата посещения объекта (месяц, число))	Бактериологиялық бақылау (Бактериологический контроль)		Химиялық бақылау (Химический контроль)		
	Алынған үлгілер саны (Число отобранных образцов)	Оның ішінде қанағаттанарлықсыз нәтижелер (Из них с неудовлетворительным результатом)	Дезинфекциялау ерітінділерінен алынған сынамалар саны (Число отобранных проб растворов)	Олардың ішінен Из них	
				Шоғырлануы төмен (Заниженной концентрации)	Шоғырлануы жоғары (Завышенной концентрации)
1	2	3	4	5	6
Тексеру кезінде анықталды (При проверке установлено)	Ұсынылды (мерзімдері нақтылана отырып) (Предложено (с уточнением сроков))		Орындаушының қолы (тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) исполнителя)		
7	8		9		

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
288-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
288- қосымша

Приложение 288
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 288/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 288/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20__ года № _____

Дезинсекциялауға, дератизациялауға берілетін наряд

Наряд на дезинсекцию, дератизацию

№ _____

1. Шаруашылық жүргізуші объектінің толық атауы (Полное наименование хозяйствующего

объекта)

2. Мекенжайы (Адрес)

3. Жәндіктің, кеміргіштің түрі (Вид насекомого, грызуна)

4. Алаңда шарт немесе өтінім бойынша дезинсекциялау, дератизациялау
орындалды (Выполнена дезинсекция, дератизация по договору или
заявке на площади) _____м²

5. Өңдеу күні (Дата обработки)

6. Дезинфекциялауға өтінім қабылданды (Заявка на дезинфекцию принята)
ұйымның атауы (наименование организации) _____

Өңделген заттар, үй-жайлар, аумақтар (Обработаны вещи, помещения, территории)	Жұмсалған инсектицидтер, ратицидтер (Расход инсектицидов, ратициды)	
	Атауы (Наименование)	Саны (кг) (Количество (кг))
1	2	3

Дезинсекциялауды, дератизациялауды орындаған адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол
болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), лица выполнявшего
дезинсекцию, дератизацию) _____

Қолы (Подпись)

Жұмыс орындалды, наразылық жоқ (Работа выполнена, претензий нет) _____

Тапсырыс беруші өкілінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) мен қолы
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и подпись ответственного представителя
заказчика) _____

Қолы (подпись) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
289-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
289- қосымша

Приложение 289
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 289/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 289/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20__ года № _____

Қорытынды дезинфекциялауға берілетін наряд Наряд на заключительную дезинфекцию

№ _____ (от) «__» _____ 20__ ж. (г.) _____ сағ. (час) _____ мин

Дезинфекциялауға өтінім қабылданды (Заявка на дезинфекцию принята) ұйымның атауы (наименование организации) _____

Науқас адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного человека) _____ жасы (возраст) _____

Мекенжайы (Адрес) _____

Диагнозы (Диагноз) _____

Емдеуге жатқызылды (Госпитализация состоялась) 20 ____ ж.(г.)

____ сағ. (час) ____ мин

Үйде қалдырылды (оставлен дома) _____

Дезинфекциялауға наряд тапсырылды (Наряд на дезинфекцию вручен) 20 ____ ж.(г.) ____ сағ.

(час) ____ мин.

Қорытынды дезинфекция жүргізуге негіздеме (НҚ) (Основание проведения заключительной дезинфекции (НД): _____

Дезинфекциялау нұсқаушысы (Дезинструктор) _____

Дезинфекциялаушы (Дезинфектор) _____

Диспетчер _____

Нарядтың орындалуы (Выполнение наряда)

Дезинфекциялау басталды (дезинфекция начата) 20 ____ ж.(г.) « ____ » « ____ » (добавить)

____ сағ. (час) ____ мин.

Аяқталды (окончена) 20 ____ ж.(г.) « ____ » « ____ » ____ сағ. (час) ____ мин.

Дезинфекциялаудың жүргізілмеуі немесе кеш орындалуының себебі (Причины не состоявшейся или поздней дезинфекции): _____

Объектілер тізбесі (Перечень объектов)	Өлшем бірлігі (Едини- ца изме- рения)	Орын- далды (Вы- пол- нено)	Жұмсалған дезинфекциялау заттарының атауы (Наименование израсходова- ных дезинфицирующих средств)	Мөл- шері, кг (Коли- че- ство в кг.)
Үй-жай беттерінің шаршы метрін дезинфекциялау (еден, қабыр- ға, қатты жиһаз), құралдар, жабдықтар (Дезинфекция кв.м. поверхностей помещений (пол, стены, жест- кая мебель) приборы оборудования)	м ²			
Жұмсақ беттердің шаршы метрін дезинфекциялау (кілем және басқа еден жабындары, қаптау маталары, жұмсақ жиһаз) (Дезинфекция квадратного метра мягких поверхностей (ковро- вые и прочие напольные покрытия, обивочные ткани, мягкая ме- бель))	м ²			
Бөлінділермен ластанбаған іш киімді дезинфекциялау (Дезинфекция белья, незагрязненного выделениями)	кг			
Бөлінділермен ластанған іш киімді дезинфекциялау (Дезинфекция белья, загрязненное выделениями)	кг			
Тамақ қалдығы бар ыдыс жинағын дезинфекциялау (Дезинфекция комплект посуды с остатками пищи)	жинақ ком- плект			
Тамақ қалдығынсыз ыдыс жинағын дезинфекциялау (Дезинфекция комплект посуды без остатков пищи)	жинақ комплект			
Тамақ қалдықтарын дезинфекциялау (Дезинфекция остатков пищи)	кг			
Ойыншықтарды дезинфекциялау (Дезинфекция игрушек)	дана шт			
Жинау мүкәмалы жинағын дезинфекциялау (Дезинфекция ком- плекта уборочного инвентаря)	дана шт			

Түкіргішті дезинфекциялау (қақырықпен) (Дезинфекция плевательницы (с мокротой))	дана шт			
Түкіргішті дезинфекциялау (қақырықсыз) (Дезинфекция плевательницы (без мокроты))	дана шт			
Жеке гигиена заттарын дезинфекциялау (Дезинфекция предметов личной гигиены)	дана шт			
Науқастарды күту заттарын дезинфекциялау (Дезинфекция предмета ухода за больным)	дана шт			
Санитариялық-техникалық жабдыктарды дезинфекциялау (Дезинфекция санитарно-технического оборудования)	дана шт			
Күрелген қоқыс төгетін орды дезинфекциялау (Дезинфекция выгребной ямы)	м ³			
Резеңке кілемшені дезинфекциялау (Дезинфекция резиновых ковриков)	дана шт			
Аулалық дәретхананы дезинфекциялау (Дезинфекция надворного туалета)	м ²			
Арнайы киімдерді дезинфекциялау (Дезинфекция спец одежды)	дана шт			
Арнайы автокөлікті өңдеу (Обработка спецавтотранспорта)	дана шт			
Төсек орындарын дезинсекциясы Дезинсекция постельных принадлежностей	кг			
Үй-жайларды дезинсекциялау Дезинсекция помещений	м2			
Үй-жайларды дератизациялау Дератизация помещений	м2			

Камералық дезинфекциялау үшін заттар саны (Количество вещей для камерной дезинфекции) кг.

Санитариялық өңделуге жататын (Подлежат санитарной обработке)
_____ адамдар (человек) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
290-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
290- қосымша

Приложение 290
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 290/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 290/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № ____

Иммундық-ферменттік талдау нәтижесі
Результат иммуноферментного анализа
№ _____

« ____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)

2. Жасы (Возраст)

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)

4. Жұмыс орны (Место работы)

5. Диагнозы (Диагноз)

6. Үлгіні жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения направившего образец)

7. Сынама атауы (Наименование пробы)

8. Сынаманы бірінші рет немесе қайталап зерттеу (первичное или повторное исследование пробы)

9. Материал алу күні және уақыты (Дата и время забора материала)

10. Сынама жеткізілген күні, уақыты (Дата и время доставки пробы)

11. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

12. Тексеру мақсаты (Цель обследования)

13. Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований):

14. Қоздырғышқа антиденелер (антитела к возбудителю)

15. Зерттеу әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)

16. Антигендер (антигены)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность, ЭЦП специалиста, проводившего исследование).	
Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда), Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП).	

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
291-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
291- қосымша

Приложение 291
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 291/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 291/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № ____

**Адамдардан алынған материалдарды бактериологиялық зерттеу және
микробтарға қарсы қолданылатын препараттарға сезімталдықты анықтау
нәтижесі**

**Результат бактериологических исследований материала от людей и
определения чувствительности к антимикробным препаратам**

№ _____ « ____ » _____ 20__ ж. (г.)

1. Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)

2. ЖСН (ИИН) _____ Жасы (Возраст) _____

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)

4. Жұмыс орны (Место работы)

5. Диагнозы (Диагноз)

6. Үлгіні жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждений
направивший образец)

7. Сынаманың атауы (Наименование пробы)

8. Сынама алынған күні, уақыты (Дата и время забора материала)

9. Материалды жеткізу күні және уақыты (Дата и время доставки материала)

10. Тексеру мақсаты (Цель обследования)

11. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)

№	Бөлініп алынған өсірінді (Выделенная культура)	Микробқа қарсы препараттардың атаулары (Наименование антимикробных препаратов)	Өсудің тежелу аймағының диаметрі (мм) (Диаметр зоны задержки роста) (мм)	Сезімтал (Чувствительный) (S)	Сезімталдығы орташа (Умеренно резистентный) (I)	Резистентті (Резистентный (R))	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)
1	2	3	4	5	6	7	8

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность, ЭЦП специалиста, проводившего исследование).	
Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда), Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП).	

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
292-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
292- қосымша

Приложение 292
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « _____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 292/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 292/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « _____ » _____ 20 ____ года № _____

Адамдардан алынған материалдарды серологиялық зерттеулер нәтижесі

Результат серологических исследований материала от людей

№ _____ « _____ » _____ 20 ____ ж. (Г.)

1. Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)

2. Жасы (Возраст)

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)

4. Жұмыс орны (Место работы)

5. Диагнозы (Диагноз)

6. Үлгіні жіберген мекемелердің атауы (Наименование учреждений направивший образец)

7. Сынаманың атауы (Наименование пробы)

8. Бірінші рет немесе қайталап (первичное или повторное)

9. Сынама алынған күні, уақыты (Дата и время забора материала)

10. Материалды жеткізу күні және уақыты (Дата и время доставки материала)

11. Тексеру мақсаты (Цель обследования)

12. Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)

13. Қоздырғыштарға антиденелерді анықтау кезіндегі серологиялық зерттеу нәтижелері

(Результаты серологических исследований при выявлении антител к
возбудителям):

1) Иерсиниоз (Иерсиниоз)

2) Жалған туберкуллез (Псевдотуберкуллез)

3) Лептоспироз

4) Листерия

5) Пастереллез

6) Бөртпе сүзек (Сыпной тиф)

7) Туляремия

8) Бруцеллез (Бруцеллез)

9) Хедльсон реакциясы (Реакция Хедльсона)

10) Райт реакциясы (Реакция Райта)

11) РБП

12) КБР (РСК) _____)

13) Күйдіргі (Сибирская язва)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность, ЭЦП специалиста, проводивше- го исследование).	
---	--------------

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда), Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы.

(Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП).

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
293-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
293- қосымша

Приложение 293
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « _____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 293/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 293/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

**Микробтарға қарсы препараттарға сезімталдықты
анықтау нәтижесі**

Результат определения чувствительности к антимикробным препаратам

№ _____ от « _____ » _____ 20 _____ ж. (г.)

1. Үлгіні жолдаған мекемелердің атауы (Наименование учреждений)

направивший образец)

2. Сынама атауы (Наименование пробы)

3. Жарамдылық мерзімі (сроки годности)

4. Материалды жеткізу күні және уақыты (Дата и время доставки
материала)

5. Материалды алу күні және уақыты (Дата и время забора
материала)

6. Тексеру мақсаты (Цель обследования)

7.Зерттеу/сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод исследования/испытаний)

Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)

№	Бөлінген өсірінді Выделенная культура	Микробтарға қарсы қолданылатын препараттардың атауы Наименование антимикробных препаратов	Препараттарға сезімталдықты анықтау Определение чувствительности к препаратам			
			Өсудің тежелу аймағының диаметрі(мм) Диаметр зоны задержки роста (мм)	Сезімталды Чувствительный	Сезімталдығы орташа Умеренно чувствительный	Төзімді Устойчив
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность, ЭЦП специалиста, проводившего исследование).	
Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда), Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП).	

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
294-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
294- қосымша

Приложение 294
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 294/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 294/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № ____

Полимераздық тізбекті реакция нәтижесі

Результат полимеразной цепной реакции

Сынама нөмірі № _____ (жылғы)

Номер пробы № ____ от ____ (г.)

1. Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество обследуемого (при его наличии))

2. ЖСН (ИИН)

3. Жасы (Возраст)

4. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)

5. Жұмыс орны (Место работы)

6. Байланыс телефоны (Контактный телефон)

7. Үлгіні жіберген мекеменің атауы (Наименование организации направившего образец) _____

8. Сынаманың атауы (Наименование пробы)

9. Материалды жеткізу күні және уақыты (Дата и время доставки материала)

10. Сынама алынған күні, уақыты (Дата и время забора)

11. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

12. Тексеру мақсаты (Цель обследования)

13. Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований): /ПТР/инфекцияның түрін көрсету ПЦР на /указать вид инфекции

14. Зерттеу НҚ-ға сәйкестікке жүргізілді

(Исследование проводились на соответствие НД) _____

<p>Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы.</p> <p>(Ф.И.О. (при его наличии), должность, ЭЦП специалиста, проводившего исследование).</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда), Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы.</p> <p>(Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП).</p>	<p>_____</p>

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
295-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
295- қосымша

Приложение 295
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « _____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 295/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 295/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « _____ » _____ 20 ____ года № _____

Санитариялық-эпидемиологиялық қорытынды
Санитарно-эпидемиологическое заключение

№ _____

« _____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Санитариялық-эпидемиологиялық сараптау (Санитарно-эпидемиологическая экспертиза)

(«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Кодексінің 20-бабына сәйкес санитариялық-эпидемиологиялық сараптама жүргізілетін объектінің толық атауы)

(Полное наименование объекта санитарно-эпидемиологической экспертизы, в соответствии со статьей 20 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения») Жүргізілді (Проведена)

_____ өтініш, нұсқама, қаулы бойынша,
жоспарлы және басқа да түрде (күні, нөмірі) (по обращению, предписанию,
постановлению, плановая и другие (дата, номер))

2. Тапсырыс (өтініш) беруші (Заказчик) (заявитель)

Шаруашылық жүргізуші субъектінің толық атауы (тиесілігі), объектінің мекенжайы/орналасқан орны, телефоны, басшысының тегі, аты, әкесінің аты (Полное наименование хозяйствующего субъекта (принадлежность), адрес /месторасположение объекта, телефон, фамилия, имя, отчество руководителя)

3. Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама жүргізілетін объектінің қолданылу саласы (Область применения объекта санитарно-эпидемиологической экспертизы)

сала, қызмет түрі, орналасқан орны, мекенжайы (сфера, вид деятельности, месторасположение, адрес)

4. Жобалар, материалдар әзірленді (дайындалды) (Проекты, материалы разработаны (подготовлены))

5. Ұсынылған құжаттар (Представленные документы)

6. Өнімнің үлгілері ұсынылды (Представлены образцы продукции)

7. Басқа ұйымдардың сараптау қорытындысы (егер болса) (Экспертное заключение других организации (если имеются))

қорытынды берген ұйымның атауы (наименование организации выдавшей заключение)

8. Сараптама объектісінің толық санитариялық-гигиеналық сипаттамасы және оны бағалау (көрсетілетін қызметке, процеске, жағдайға, технологияға, өндіріске, өнімге) (Полная санитарно-гигиеническая характеристика и оценка объекта экспертизы (услуг, процессов, условий, технологий, производств, продукции))

9. Құрылыс салуға бөлінген жер учаскесінің, реконструкцияланатын объектінің сипаттамасы (өлшемдері, ауданы, топырағының түрі, учаскенің бұрын пайдаланылуы, жерасты суларының тұру биіктігі, батпақтанудың болуы, желдің басым бағыттары, санитариялық-қорғау аумағының өлшемдері, сумен жабдықтау, кәріз, жылумен жабдықтау мүмкіндігі және қоршаған орта мен халықтың денсаулығына әсері, дүние тараптары бойынша бағыты)

(Характеристика земельного участка под строительство, объекта реконструкции; размеры, площади, вид грунта, использование участка в прошлом, высота стояния грунтовых вод, наличие заболоченности, господствующие направления ветров, размеры санитарно-защитной зоны, возможность водоснабжения, канализования, теплоснабжения и влияния на окружающую среду и здоровью населения, ориентация по сторонам света)

10. Зертханалық және зертханалық-аспаптық зерттеулер мен сынақтардың хаттамалары, сонымен қатар бас жоспардың, сызбалардың, фотосуреттердің көшірмелері

(Протоколы лабораторных и лабораторно-инструментальных исследований и испытаний, а также выкопировки из генеральных планов, чертежей, фото)

Санитариялық-эпидемиологиялық қорытынды
(Санитарно-эпидемиологическое заключение)

(«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Кодекстың 20-бабына сәйкес санитариялық-эпидемиологиялық сараптама объектісінің толық атауы)

(Полное наименование объекта санитарно-эпидемиологической экспертизы, в соответствии со статьей 20 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»)

(санитариялық-эпидемиологиялық сараптама негізінде)
(на основании санитарно-эпидемиологической экспертизы)

Санитариялық қағидалар мен гигиеналық нормативтерге (Санитарным правилам и гигиеническим нормативам) сәйкес келеді (соответствует)

Ұсыныстар (Предложения)

(«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Кодекстың негізінде осы санитариялық-эпидемиологиялық қорытындының міндетті күші бар.) (На основании Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» настоящее санитарно-эпидемиологическое заключение имеет обязательную силу)

Мөр орны (Бас мемлекеттік санитариялық дәрігер (орынбасары) _____

тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) қолы)

Место печати (Главный государственный санитарный врач (заместитель)) _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
296-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
296- қосымша

Приложение 296
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « _____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 296/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 296/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

**Жұмыскерде кәсіптік аурудың (уланудың) болуына күдіктену кезіндегі еңбек
шарттарының**

№ _____ санитариялық-эпидемиологиялық сипаттамасы

**Санитарно-эпидемиологическая характеристика условий труда работающего
при подозрений у него профессионального заболевания (отравления) № _____**

Жылы, айы, күні (число, месяц, год)

Жұмыскер

(Работник): _____

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Туған датасы (дата рождения): _____

Диагнозды анықтаған кездегі жұмыскердің мамандығы мен лауазымы

Профессия или должность работника в момент установления

диагноза: _____

Кәсіпорынның (жұмыс берушінің) толық атауы

(Полное наименование предприятия) (работодателя):

Мекенжайы, меншік формасы

Адрес, форма собственности: _____

Цехтың, учаскенің, шеберхананың және тағы сондайлардың атауы

Наименование цеха, участка мастерской и прочие: _____

Жалпы жұмыс өтілі (Общий стаж работы): _____

Осы мамандық (лауазым) бойынша өтілі (Стаж работы в данной профессии (должности)): _____

Өндірістік ортаның қандай зиянды факторларымен бұрын байланыс болған
(С какими вредными факторами производственной среды имел контакт ранее)

Жұмыскердің сөзінен немесе бар болған материалдардың негізінде
факторлар тізбесі, қандай өндірісте, байланыс ұзақтығы
(перечень факторов, на каком предприятии, длительность контакта со
слов работающего или на основании имеющихся материалов)

Зиянды өндірістік фактормен байланыс тоқтатылғаннан кейін ауырудың

пайда болуы кезінде

(При возникновении заболевания после прекращения контакта с вредным производственным фактором),

Цехты, кәсіпорынды жою, оны реконструкциялау жағдайларында, зиянды факторлар

туралы еңбектің зиянды жағдайларына байланысты мамандыққа тиесілігін растайтын

басқа құжаттар ұсынылады

(в случае ликвидации цеха, предприятия, его реконструкции, о вредных факторах предоставляются другие документы, подтверждающие принадлежность к профессии,

связанной с вредными условиями труда):

Кәсіптік аурудың (улану) пайда болу мүмкіндігі бар, қауіпті, зиянды заттар мен қолайсыз өндірістік факторлардың әсері жағдайларындағы жұмыс өтілі

(Стаж работы в условиях воздействия опасных, вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов, которые могли вызвать профессиоанльное заболевание (отравление)).

Кәсіптік бағыты (Профессиональный маршрут) (жұмыс жасаған әр бір мамандығы бойынша еңбек кітапшасындағы жазбаларға сәйкес)
(согласно записям в трудовой книжке по каждой профессии, в какой работал)

Ескертпе: жұмыскердің еңбек қызметін сипаттау, маманның нақты жұмыс орнын тексеруі негізінде, лауазымдық міндеттер мен әкімшіліктен немесе жұмыскердің өзінен алынған мәліметтерді ескере отырып беріледі.

Примечание: описание трудовой деятельности работающего дается на основании обследования специалистом конкретного рабочего места с учетом должностных обязанностей и сведений, полученных от администрации и самого рабочего.

Зиянды өндірістік факторлардың тізбесі
(Перечень вредных 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, жұмыс

орнын аттестаттау материалдары

(технологическая и техническая документация, хронометраж, технологический режим,

материалы аттестации рабочего места):

Жұмыс орындарында зиянды өндірістік факторларға байланысты өндірістік ортаның

жағдайы (Состояние производственной среды в зависимости от вредных производственных факторов на рабочих местах).

Зертханалық және аспаптық зерттеулердің деректері ауырған адамның жұмыс жылдары

бойынша мүмкіндігінше динамикамен келтіріледі (Данные лабораторных и инструментальных исследований по возможности приводятся в динамике за годы работы заболевшего). Оларды өткізген ұйымның атауы (Наименование организации, их проводившей): _____

Зиянды өндірістік факторлар (вредные производственные факторы):

1. Шаң (Пыль): сапалы сипаттамасы (качественная характеристика) (табиғи немесе жасанды (природная или искусственная), минералды немесе органикалық (минеральная или органическая), % химиялық құрам (химический состав в %). Химиялық заттардың газдары мен буларының болуы (Присутствие газов и паров химических веществ). Дисперсиялық құрам: конденсаттық немесе дезинтеграциялық аэрозоль (Дисперсный состав: аэрозоль конденсации или дезинтеграции). Шаңның физикалық-химиялық қасиетінің сипаттамасы (Характеристика физико-химических свойств пыли).

Жұмыс аймағы ауасының шаңдануының сандық көрсеткіштері (Количественные

показатели запыленности воздуха рабочей зоны):

жылдар (годы)	Шоғырлануы (Концентрация), мгЗ	
	ең көп-бір реттік (максимально-разовая)	орташа ауысымдық (среднесменная)

Ескертпе (примечание):

Қорытынды (заключение):

2. Химиялық заттар, биологиялық факторлар (Химические вещества, биологические факторы):

Жұмыскердің үнемі немесе уақытша болатын жерлерде, қолданылатын шикізатты, аралық және соңғы өнімдерді, реакция мен олардың өзгеру мүмкіндігін (тотығу, гидролиз) ескере отырып, шығарылатын зиянды заттардың тізбесі

Перечень выделяющихся вредных веществ в местах постоянного и временного пребывания работающего с учетом применяемого сырья, промежуточных и конечных продуктов, реакции и возможности их превращения (окисление, гидролиз и др.)

Шығарылатын зиянды заттардың сандық сипаттамасы (Количественная характеристика выделяющихся вредных веществ):

заттың атауы (наименование вещества)	рұқсат етілген шекті шоғырлануы мгЗ (Предельно допустимая концентрация), мгЗ		жылдар (годы)	сынама саны (количество проб)	шоғырлануы, (концентрация), мгЗ		рұқсат етілген шекті шоғырланудан шегінен артатын сынама үлесі (процент проб, превышающих предельно допустимую концентрацию)	
	ең көп-бір реттік	орта ауысымдық			ең көп-бір реттік	орта ауысымдық	ең көп-бір реттік (максимально разовая)	орта ауысымдық (среднесменная)

	(максимально разовая)	(среднесменная)			(максимально разовая)	(среднесменная)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Ескертпе (примечание):

Қорытынды (заключение):

3. Иондалмаған сәулелену. (Неионизирующие излучение):

4. Иондалған сәулелену (Ионизирующее излучение):

5. Шу, діріл (Шум, вибрация):

Сандық сипаттамасы (Количественная характеристика):

жылдар (годы)	ауысымдағы баламалы деңгейі (эквивалентный уровень за смену)	жұмыс өтіліндегі экспозиция (экспозиция за рабочий стаж)

Ескертпе (примечание):

Қорытынды (заключение):

6. Микроклимат (Микроклимат): температура (температура), салыстырмалы ылғалдылық, (относительная влажность), ауа қозғалысы жылдамдылығы (скорость движения воздуха), жылумен сәулелену қарқындылығы (интенсивность теплового излучения). Үнемі немесе уақытша әсер ету, жылумен сәулелену көздері (Постоянное

или непостоянное воздействие, источники теплового излучения).

жылдар (годы)	Температура, оС		Салыстырмалы ылғалдылық, % (Относительная влажность, %)		ауа қозғалысы жылдамдылығы, м/с (Скорость движения воздуха, м/с)		жылылық сәулелену қарқындылығы (Интенсивность теплового излучения)	
	ШРД ПДУ	Факт	РДШ ПДУ	Факт	РДШ ПДУ	Факт	РДШ ПДУ	Факт

Ескертпе (примечание):

Қорытынды (заключение):

Сандық сипаттама (Количественная характеристика): рұқсат етілген

мәндер шегінен шыққан көрсеткіштер тізбесі, олардың шамасы мен әсер

ету ұзақтығы (перечень показателей, выходящих за пределы допустимых

значений, их величины и продолжительность воздействия):

7. Еңбек процесінің факторлары (Факторы трудового процесса): жұмыс орынын ұйымдастыру, физикалық жүктеме, көзге түсетін салмақ, еңбек және демалыс режимі (организация рабочего места, физическая нагрузка, зрительное напряжение, режим труда и отдыха). Жұмыс қалпы (Рабочая поза): бос, мәжбүрлі (свободная, вынужденная). Ауысымның жұмыс уақытынан пайызбен мәжбүрлі қалыпта болуы пайызбен (Нахождение в вынужденной позе в процентах от рабочего времени смены). Корпустың еңкейюі (жоқ, мәжбүрлі) (Наклоны корпуса) (отсутствуют, вынужденные), градуспен корпустың еңкею бұрыштары (углы наклона корпуса в градусах). Операция, ауысым кезінде еңкеюлердің саны (Количество наклонов за операцию, за смену):

Физикалық жүктеме факторларының сипаттамасы (Характеристика факторов физической нагрузки): қолмен тасымалданатын жүктің салмағы килограммен (масса груза, перемещаемая вручную в килограммах). Жүк қайдан тасымалданады (жер бетінен, жұмыс бетінен) (Откуда перемещается груз (с пола, с рабочей поверхности). Операция, ауысым кезінде жүкті көтеру арақашықтығы мен орын ауыстыруы. Ауысымдық жүкайналымы (тоннада) (Расстояние подъема и перемещения груза за операцию, за смену. Сменный грузооборот(тонн)):

Көзге салмақ түсу факторларының сипаттамасы (Характеристика факторов зрительного напряжения): оптикалық аспаптармен жұмыс жасау немесе соларсыз (работа с оптическими приборами или без них). Объектілердің өзгешелік көлемі, мм., контраст, фонның сипаттамасы (Размеры объекта различия в мм., контраст, характеристика фона: Еңбек және демалыс режимдерінің сипаттамасы (Характеристика режимов труда и отдыха): ауысымдылығы, ұзақтығы және регламенттелген үзілістерді сақтау, солардың ауысым кезінде ұзақтығы, түскі

үзіліс ұзақтығы (сменность, продолжительность и соблюдение регламентированных перерывов, их длительность за смену, продолжительность обеденного перерыва):

8. Жеке қорғаныш құралдарын пайдалану (ЖҚҚ) (Использование средств индивидуальной защиты (СИЗ)): маркасы, қолайсыз өндірістік факторға сәйкес қамтамасыз етілуі, қолдану жүйелігі, пайдалану ережелерін бұзу. Бар болған зиянды факторға ЖҚҚ сәйкессіздігі (марки, обеспеченность с учетом соответствующего неблагоприятного производственного фактора, систематичность применения, нарушение правил использования. Несоответствие СИЗ действующему вредному фактору).

9. Санитариялық-эпидемиологиялық сипаттама жасалып жатқан жұмыскердің кәсіптік топқа жататын тобында кәсіптік ауырулардың бар болуы немесе болмауы. Осы цехте, учаскеде, кәсіптік топта кәсіптік ауырулардың немесе уланулардың бар болуы (Наличие или отсутствие профессиональных заболеваний в той профессиональной группе, к которой относится рабочий, на которого составляется санитарно-эпидемиологическая характеристика. Наличие профессиональных заболеваний или отравлений в данном цехе, участке, профессиональной группе):

10. Жұмыскердің еңбек шарттары санитариялық-эпидемиологиялық нормалау жүйесінің құжаттары талаптарына сәйкестігі мен пайда болған кәсіптік ауырудың (уланудың) зиянды өндірістік факторларымен байланысы туралы қорытынды (Заключение о соответствии условий труда работающего требованиям документов системы санитарно-эпидемиологического нормирования и связи вредных производственных факторов с возникшим профессиональным заболеванием (отравлением))

Санитариялық-эпидемиологиялық сипаттаманы жасаған

(Санитарно-эпидемиологическую характеристику составил (а)):

_____ Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О (при
его наличии), должность)

" ____ " ____ 20 ____ ж.г.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
297-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
297-қосымша

Приложение 297
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 297/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 297/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20 ____ года № ____

Наряд бойынша дезинфекциялау жүргізу туралы анықтама
№ ____

Справка о проведении дезинфекции по наряду
№ ____

(от) «__» _____ күні 20__ ж. (г.) сағ. (час) ____ мин ____

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Жасы (Возраст)

Мекенжайы (Адрес)

Диагнозы (Диагноз)

Дезинфекциялау жүргізген адам (Дезинфекцию проводил)

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Қолы (Подпись)

Пәтер иесінің наразылығы жоқ, _____ сағ. (час) _____ мин. жадынамамен таныстырылды.

(Владелец квартиры претензий не имеет,

с памяткой ознакомлен)

Пәтер иесінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда),
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) владельца квартиры)

Қолы (Подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
298-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
298-қосымша

Приложение 298
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 298/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 298/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Заттарға берілетін түбіртек
Квитанция на вещи
№ _____

Наряд бойынша (По наряду) № _____

Тұлғадан қабылданды (Приняты от физического лица)

Мекенжайы (Адрес)

Дезинфекциялау себептері (Для дезинфекции по поводу)

Қорытынды дезинфекция жүргізуге негіздеме (НҚ) (Основание проведения
заключительной дезинфекции (НД))

№	Заттардың атауы (Наименование вещей)	Мөлшері (Количество)
1		
2		

«__» _____ 20__ ж.(г.) заттар дезинфекциялауға тапсырылды
(вещи сдал в дезинфекцию)

тұлғаның қолы (подпись физического лица)

Заттарды камералық дезинфекциялауға қабылдады (Вещи для камерной
дезинфекции принял)

Дезинфекциялаушының қолы (подпись дезинфектора)

Наразылығым жоқ (Претензий не имею)

Заттарды алғаны туралы иесінің қолы (Подпись владельца о получении вещей)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
299-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
299-қосымша

Приложение 299
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 299/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 299/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20__ года № ____

№ _____ су қоймасының паспорты

Паспорт водоема № _____

1. Су қоймасының орналасқан жері (ауданы, елді мекеме) (Место расположения водоема (район, населенный пункт))

2. Паспорттың толтырылған күні (Дата заполнения паспорта) «__»

3. Шаруашылық мақсаты (Хозяйственное назначение)

4. Тұрғын үй құрылысынан арақашықтық (Расстояние от построек жилых)

_____ м,

мал шаруашылығынан (животноводческих) _____ м

5. Су қоймасының карта-схемасы (суреті паспорттың артқы бетіне салынады)
(Карта-схема водоема (рисуется на обратной стороне паспорта))

6. Су қоймасының сипаттамасы (Характеристика водоема):

Су қоймасының түрі (Тип водоема)

Физикалық ауданы (Физическая площадь)

Су қоймасы жағалауындағы тереңдік (Глубина водоема у берега)

ортасындағы (в середине)

Су қоймасының қоректену көзі (Источник питания водоема)

Өсімдік сипаты (Характер растительности)

Су өсімдігі басқан аудан (%-бен) (Площадь, покрытая водной растительностью (в %)) _____

7. Тексеру және өңдеу үшін қолжетімділік (Доступность для обследования и обработки) _____

8. Анофелогенді су қоймасы: ИӘ, ЖОҚ (Водоем анофелогенный: ДА, НЕТ)

Анофелогенді ауданы (Анофелогенная площадь)

Тексеру күні Дата обследования	Су қоймасының ауданы Площадь водоема		Дәрнесілдердің түрлік құрамы Видовой состав личинок	Сынақ әдісіне НҚ НД на метод испытаний	Ұсынылатын іс-шаралар Рекомендуемые мероприятия			
	Жалпы Общая	Анофелогенді Анофелогенная			Санитариялық-гидротехникалық (тазалау, кептіру) Санитарно-гидротехнические (осушение, расчистка)	Биологиялық (гамбузирлеу, басқа да биологиялық агенттер) Биологические (гамбузирование, др. биологические агенты)	Химиялық (инсектицидтер, даму ингибиторлары) Химические (инсектициды, ингибиторы развития)	Физикалық (мұнай өнімдері ЖМС және ЖМК) Физические (нефтепродукты, ВЖС и ВЖК)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Паразитолог _____

Энтомолог _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
300-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
300-қосымша

Приложение 300
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

от «__» _____ 20__ года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 300/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 300/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20__ года № _____

**Аса қауіпті инфекцияларды тасымалдаушы иксод кенелерінің
болуына аумақты барлап зерттеп-қарау нәтижелерін
есепке алудың жиынтық тізімдемесі**

**Сводная ведомость учета результатов рекогносцировочных обследований
территорий на наличие иксодовых клещей-переносчиков особо опасных
инфекций****20____ ж. (г.)**

Тіркеу нөмірі (Регистрацион- ный номер)	Аумақтың ланд- шафтты сипаты (Ландшафтная ха- рактеристика тер- ритории)	Кезеңдер түрі (ашық, жа- бық) (Тип стадии (откры- тый, закрытый))	Материалды алу орны (әкімшілік ауданның атауы мен тексеру нүктесі) (Место добычи материала (название административного района и точка об- следования))	Жиналған кенелер (Собрано клещей)		
				Бар- лы- ғы (Все- го)	Ке- не- лер- дің түрі (Ви- ды кле- щей)	%
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы/ Продолжение таблицы

Кенелер санының көрсеткіштері (флаго-сағат) (Показатели численности клещей на (флаго-часов))		Зертханалық зерттеу деректері (Данные лабораторного исследования)			
Имаго	Басқа фазалар (Другие фазы)	Тексерілген қорлар саны (Число обследованных пулов)	Бөлінген өсірінділер (Выделено культур)	ПТР ПЦР,%	Бөлінген өсірінділер/ % (Выделено культур, %)
8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
301-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
301-қосымша

Приложение 301
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 301/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 301/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің органына келу
туралы хабардар ету (хабарлама)**

**Уведомление (извещение) о явке в государственный орган санитарно-
эпидемиологической службы**

Іс жүргізуге қатысушының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии) участника производства)

«Әкімшілік құқық бұзушылық туралы» Қазақстан Республикасы кодексінің _____ бабына сәйкес (ӘҚБК 744, 816-баптары) Сізге (В соответствии со статьей _____ Кодекса Республики Казахстан «Об административных правонарушениях» (ст. 744, 816 КоАП) Вам необходимо явиться в) _____,

мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет органының атауын көрсету
(указать наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы)

мына мекенжайға келуге тиіссіз: (по адресу)

20 _____ ж. _____ « » _____ сағат _____ мин _____. № _____ кабинет («__»
_____ 20 _____ года к часам _____ мин. ____ в кабинет № _____) әкімшілік құқық
бұзушылық туралы хаттаманы толтыру және түсініктеме беру/әкімшілік құқық
бұзушылық туралы істі қарау үшін (қажеттісін сызып көрсету керек) келуіңіз
қажет (для составления протокола об административном правонарушении и дачи
объяснений/для рассмотрения дела об административном правонарушении
(нужное подчеркнуть)).

Егер Сіз шақыртуға себепсіз келмесеңіз, ӘҚБТК-ның 744-бабы 4-
тармағының, 790-бабы 1-тармағының ережелеріне сәйкес Сізді ішкі істер
органдары әкелуі мүмкін (В случае неявки по вызову без уважительных причин, в
соответствии с положением части 4 статьи 744, части 1 статьи 790 КоАП, Вы
можете быть подвергнуты приводу органами внутренних дел).

*Мынадай: адамның келу мүмкіндігінен айырған сырқаты, жақын
туыстарының қайтыс болуы, дүлей зілзалалар, адамды белгіленген мерзімде келу
мүмкіндігінен айыратын өзге де себептер шақыру туралы тиісінше хабардар
етілген адамның келмеуінің дәлелді себептері танылады. Өзіне қатысты
әкімшілік іс бойынша іс жүргізіліп жатқан жеке тұлға не заңды тұлғаның өкілі,
әкімшілік жауаптылыққа тартылатын кәмелетке толмаған адамның заңды
өкілі шақыру бойынша белгіленген мерзімде келуге кедергі келтіретін дәлелді
себептердің бар екендігі туралы өздерін шақырған органды хабардар етуге
міндетті.*

*Уважительными причинами неявки лица, подлежащего извещению о вызове,
признаются: болезнь, лишающая возможности лица явиться, смерть близких
родственников, стихийные бедствия, иные причины, лишающие лицо
возможности явиться в назначенный срок. О наличии уважительных причин,
препятствующих явке по вызову в назначенный срок, физическое лицо либо*

представитель юридического лица, в отношении которого ведется производство по административному делу, законный представитель несовершеннолетнего лица, привлекаемого к административной ответственности, обязаны уведомить орган, которым они вызывались.

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы, оның орынбасары, аумақтық бөлімшелерінің басшы, оның орынбасары (керегінің астын сызыңыз) (Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, его заместитель, руководитель территориальных подразделений, его заместитель (нужное подчеркнуть))

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы, (Ф.И.О. (при его наличии), подпись)

Хабардар ету (хабарлама) (Уведомление (извещение)) получил (а)

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, алған күні, қолы, (Ф.И.О. (при его наличии),
должность, дата получения, подпись)

Хабардар етуді (хабарламаны) қабылдаудан бас тарту туралы белгі (Отметка об отказе адресата принять уведомление (извещение))

Хабардар етуді (хабарламаны) жіберу туралы белгі (Отметка о высылке уведомления (извещения)) заказным письмом или иными средствами связи)

күні, айы, жылы, түбіртек нөмірі және т.б. (число, месяц, год, № квитанции и др.)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
302-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
302-қосымша

Приложение 302
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 302/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 302/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № ____

**(Істің қаралатын уақыты мен орнын тағайындау туралы; іс бойынша
адамдарды шақыру, қажетті қосымша материалдарды талап ету, қажет
болған жағдайда сараптама тағайындау туралы; істі қарауды кейінге
қалдыру туралы; егер осы істі қарау өзінің құзыретіне жатпаса не судьяға,
лауазымды адамға қарсылық білдіру туралы ұйғарым шығарылса,
әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттаманы және істің басқа да**

**материалдарын ведомстволық бағыныстылығы бойынша қарауға беру
туралы; ӘҚБтК-нің 812-бабына сәйкес істі мәні бойынша қарауға беру
туралы)**

**Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша процестік әрекеттер
туралы анықтама**

**Определение о процессуальных действиях по делу об административных
правонарушениях**

**(о назначении времени и места рассмотрения дела; о вызове лиц,
истребовании необходимых дополнительных материалов по делу,
назначении экспертизы в случае необходимости; об отложении рассмотрения
дела; о передаче протокола об административном правонарушении и других
материалов дела на рассмотрение по подведомственности, если рассмотрение
данного дела не относится к его компетенции либо вынесено определение об
отводе судьи, должностного лица; о передаче дела для рассмотрения по
существу в соответствии со статьей 812 Кодекса Республики Казахстан «Об
административных правонарушениях» (далее - КоАП)).**

20__ жылғы/года «_____»

Іс (дело) №_____

Лауазымды тұлға - халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік
органның басшысы, оның орынбасар, аумақтық бөлімшелерінің басшы мен оның орынбасары (Должностное
лицо - руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия
населения, его заместитель, руководитель территориального подразделения, его заместитель)

қатысты

құқық бұзушының Т.А.Ә.(ол болған жағдайда) көрсету (указать Ф.И.О.(при его наличии)
правонарушителя)

ӘҚБтК _____ бабының _____ бөлігінде көзделген әкімшілік құқық бұзушылық туралы істі қарауға дайындаған
кезде (при подготовке к рассмотрению дела об административном правонарушении, предусмотренного
частью _____ статьи _____ КоАП) (в отношении)

Анықтады (Установил):

ӘҚБтК-нің 813-бабына сәйкес анықтады/В соответствии со статьей 813 КоАП установил:

аталған істі қарау өздерінің құзыретіне жататынын не жатпайтынын көрсету/указать относится
ли к их компетенции рассмотрение данного дела

аталған істі лауазымды адамның қарау мүмкіндігін болғызбайтын мән-жайлар бар-жоғын
көрсету/указать имеются ли обстоятельства, исключающие рассмотрение данного дела
должностным лицом, предусмотренные статьей 814 КоАП

өтінішхаттар, оның ішінде кәметке толмаған адамның қатысуымен болған істер бойынша істі
кәметке толмаған адамның тұрғылықты жеріндегі сотта қарау туралы өтінішхаттар бар-жоғын көрсету/

указать имеются ли ходатайства, в том числе по делам с участием несовершеннолетнего, о рассмотрении
дела в суде по месту жительства несовершеннолетнего и отводы

ӨҚБТК-ның 744, 745, 746, 747 және 748-баптарында аталған тұлғаларға істің қаралатын орны мен
уақыты туралы хабарланғанның не хабарланбағанның көрсету/указать извещены ли о месте и времени
рассмотрения дела лица, указанные в статьях 744, 745, 746, 747 и 748 КоАП.

Баяндалғанның негізінде, ӨҚБТК -нің 701, 812 - 814-баптарын, 816-бабының 1-
бөлігін басшылыққа ала отырып (На основании изложенного, руководствуясь
статьями 701, 812 - 814, частью 1 статьи 816 КоАП),

Анықтады (Определил):

Өндіріске қабылдау және істің қаралатын уақыты мен орнын тағайындау; іс
бойынша адамдарды шақыру, қажетті қосымша материалдарды талап ету, (қажет
болған жағдайда) сараптама тағайындау; істі қарауды кейінге қалдыру туралы;
(егер осы істі қарау өзінің құзыретіне жатпаса не лауазымды адамға қарсылық
білдіру туралы ұйғарым шығарылса) әкімшілік құқық бұзушылық туралы
хаттаманы және істің басқа да материалдарын ведомстволық бағыныстылығы
бойынша қарауға беру туралы; ӨҚБТК-нің 812-бабына сәйкес істі мәні бойынша
қарауға беру туралы (принять к производству и назначить время и место
рассмотрения дела; вызвать лиц, истребовать необходимые дополнительные
материалы по делу, назначить экспертизу (в случае необходимости); об отложить
рассмотрение дела; передать протокол об административном правонарушении и
другие материалы дела на рассмотрение по подведомственности (если
рассмотрение данного дела не относится к его компетенции либо вынесено
определение об отводе должностного лица); передать дело для рассмотрения по
существу в соответствии со статьей 812 КоАП)

керектісін көрсету (указать нужно)

қатысты ӨҚБТК-нің _____ бабының _____ бөлігінде көзделген әкімшілік құқық
бұзушылық туралы (в отношении _____ по делу об
административном правонарушении, предусмотренного частью _____ статьи
_____ КоАП)

іс бойынша іс жүргізу тілі ретінде _____ (орыс, қазақ, басқа) анықталсын
(языком производства по делу определить _____ (русский, казахский, другой)).

Лауазымды тұлға - халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы
саласындағы мемлекеттік органның басшысы, оның орынбасар, аумақтық
бөлімшелерінің басшы мен оның орынбасары (Должностное лицо - руководитель
государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия
населения, его заместитель, руководитель территориального подразделения, его
заместитель)

_____ Т.А.Ә (ол болған жағдайда) қолы/ подпись (Ф.И.О (при
его наличии))

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша өндіріс қатысушылары
танысқаны туралы белгі (Отметка об ознакомлении участников производства по
делу об административном правонарушении) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
303-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
303-қосымша

Приложение 303
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « _____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 303/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 303/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

**Полиомиелит немесе жіті енжар паралич жағдайын эпидемиологиялық
тергеп-тексеру**

**Эпидемиологическое расследование случая полиомиелита или острого
вялого паралича**

1-бөлім. Жағдайды дереу тергеп-тексеру
1-часть. Немедленное расследование случая

1. Сәйкестендіру деректері							
Идентификационные данные							
Эпидемиология- лық нөмірі Эпидемиологиче- ский номер		Тергеп-тексеру күні Дата расследования		күн день	ай ме- сяц	жыл год	
Тегі, аты, әкесі- нің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии)		Елді мекен атауы, мекенжайы Наименование населенного пункта, адрес					
Облыс Область		Аудан Район					
Туған жылы Дата рождения	күн день	айы ме- сяц	жы- лы год	Туған жылы белгісіз болған жағдайда, шама- мен жасын көрсетіңіз Если дата рождения не известна, то укажите примерный возраст	жынысы пол		Ә Ж Е М
Әкесінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағ- дайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии) отца		Анасының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии) матери					
2. Тіркеу							
Регистрация							
Жағдайды тіркеу күні Дата регистрации случая				күн день	айы месяц	жы- лы год	
Науқас адамның ауруханаға жатқызылған күні Дата госпитализации больного человека				күн день	айы месяц	жы- лы год	
Медициналық ұйым- ның атауы Наименование меди- цинской организации				Ауру тарихы № История болезни №			
Клиникалық диагноз Клинический диагноз				Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии)			
Науқас осы ауру бойынша басқа медициналық ұйымдарға медицина- лық көмекке жүгінген бе? (белгілеу) Обращался ли за медицинской помощью больной по поводу данного заболевания в другие медицинские организации (отметить)				иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Науқас жүгінген болса, медициналық ұйымның атауы мен жүгінген күнін көрсету							

Если больной обращался, то указать наименование медицинской организации и дату обращения								
2. Ауру тарихы мен симптомдары								
История болезни и симптомы								
Паралич (парез) басталған күн Дата начала паралича (пареза)					күні день	айы ме- сяц	жылы год	
Науқас қайтыс болған жағдайда, қайтыс болғанын күнін көрсету Если больной умер, то указать дату смерти					күні день	айы ме- сяц	жылы год	
Егер науқас адамның анамнезінде паралич, тырысу немесе басқа неврологиялық бұзылулар – бұлшықет гипотониясы болса, көрсетіңіз Если у больного человека в анамнезе параличи, судороги или другие неврологические расстройства – мышечная гипотония, то укажите					иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Көрсетіңіз Укажите	Енжар паралич (жылдам дамиды) паралич вялый (быстро прогрессирующий)				иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
	Енжар (атоникалық) вялый (атонический)				иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Егер паралич жіті және енжар болмаса, онда тергеп-тексеруді тоқтатыңыз. Диагнозын көрсетіңіз: Если паралич не острый и не вялый, то прекратите исследование. Укажите диагноз:								
Егер паралич жіті және енжар болса, тергеп-тексеруді жалғастырыңыз Если паралич острый и вялый, то продолжайте исследование								
Аурудың (паралич) басында дене температурасы көтерілді ме? Было ли повышение температуры тела в начале заболевания (паралича)?					иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Паралич асимметриялық па? Паралич асимметричный?					иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Параличтің басталуынан толық дамуына дейін қанша күн өтті? Сколько дней прошло от начала заболевания до полного развития паралича?								
Параличтің орны Место паралича:								
Сол аяқ Левая нога	иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	Тыныс алу бұлшықеті Дыхательная мускулатура	иә- да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Оң аяқ Правая нога	иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	Мойын бұлшықеті Мышцы шеи	иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Сол қол Левая рука	иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	Бет бұлшықеті Мышцы лица	иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Оң қол Правая рука	иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	Басқалары (көрсетіңіз) Другие (укажите)	иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	

Қолдың параличі Паралич рук	проксималды проксимальный	дисталды дистальный	Екеуі де оба		жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Аяқтың параличі Паралич ног	проксималды проксимальный	дисталды дистальный	Екеуі де оба		жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Жүйке функциясының сезімталдығын жоғалту Утрата чувствительности функции нерва			иә да		жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Ауруға дейін 28 күн ішінде наукас басқа елді мекендерге (елдерге) барды ма? Выезжал ли больной в другие населенные пункты (страны) в течение 28 дней до заболевания?			иә да		жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Барған болса, көрсеті- ніз Если выезжал, то ука- жите	бастап с				дейін до		
		күні день	айы месяц	жылы год		күні день	айы ме- сяц
Қайда (ел, елді мекен) Куда (страна, населен- ный пункт)							
Соңғы 60 күн ішінде наукас адамның айналасында параличтің басқа жағдайлары болды ма? Были ли другие случаи параличей в окружении больного человека за последние 60 дней?			иә да		жоқ нет	белгісіз неизвестно	
4. Егу анамнезі Прививочный анамнез							
Иммундау кезінде алынған ауыз арқылы қабылдайтын полиомиелит вакцинасы (АПВ) дозаларының саны Количество доз оральной полиомиелитной вакцины (ОПВ), полученных в ходе иммунизации			жоспарлы плановая				
			қосымша дополнительная				
Соңғы АПВ екпесінің күні Дата последней прививки ОПВ			күні день		айы ме- сяц	жылы год	
5. Нәжіс үлгілерін жинау Сбор образцов фекалия							
Нәжістің бірінші үлгісінің алынған күні Дата взятия первого образца фекалия			күні день		айы ме- сяц	жылы год	
Нәжістің екінші үлгісінің алынған күні Дата взятия второго образца фекалия			күні день		айы ме- сяц	жылы год	
Нәжіс үлгілерін вирусологиялық зертханаға жіберу күні Дата отправки образцов фекалия в вирусологическую лабораторию			күні день		айы ме- сяц	жылы год	
Эпидемиологиялық тергеп-тексеру жүргізген мамандар							

Специалисты, проводившие эпидемиологиологическое расследование:							
Эпидемиологтың тегі, аты, әкесі- нің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии) эпидемиолога							
Клиницисттің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии) клинициста							
2-бөлім. 60 (90) күннен кейін науқас адамның жағдайын бағалау 2-часть. Оценка состояния больного человека через 60 (90) дней							
Эпидемиологиялық нөмірі Эпидемиологический номер		Тергеп-тексеру күні Дата расследования					
					күні день	айы месяц	жы- лы год
Науқас адамның тегі, аты, әкесі- нің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного человека		Елді мекен, мекенжай Населенный пункт, адрес					
Облыс Область		Аудан Район					
Туған күні Дата рождения				Туған күні белгісіз болған жағдайда, шамамен жасын көрсетіңіз Если дата рожде- ния неизвестна, то укажите пример- ный возраст		жынысы пол	Ә Ж
	күні день	айы месяц	жылы год				Е М
60 (90) күннен кейін қарап-тексеру жүргізілді ме? Проведен ли осмотр через 60 (90) дней?					иә да	жоқ нет	бел- гісіз неиз- вест- но
Жүргізілмеген жағдайда, себебін көрсетіңіз Если не проведен, то укажите причину					Науқас бақылаудан шықты больной выбыл из-под на- блюдения		
					Науқас қайтыс болды больной умер		
Жүргізілген жағдайда параличтің (парез) болуын көрсетіңіз Если проведен, то укажите наличие параличей (парезов)					иә да	жоқ нет	бас- қасы дру- гое
Науқас адамның жағдайына бағалау жүргізген медици- налық ұйымның атауы Наименование медицинской организации, где проведе- на оценка состояния больного человека							
Бағалауды жүргізген мамандар							

Специалисты, проводившие оценку:	
Клиницисттің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии) клинициста	
Эпидемиологтың тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии) эпидемиолога	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
304-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
304-қосымша

Приложение 304
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 304/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 304/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20 ____ года № ____

**Стационарлардағы сүтқоректілер санын есепке алу бойынша жұмысты
есепке алу күнделігі**

Дневник учета работы на стационарах по учету численности млекопитающих

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г.)

--	--	--	--	--	--

Күні (Дата)	Стандартының № (№ стандартына)	Аулау құралдарының саны, дана (Количество орудий улова, штук)		Ұсақ сүт қоректілердің жалпы саны, бірлік (Общее количество мелких млекопитающих, единиц)	Материалды алу орны (әкімшілік ауданының атауы мен тексеру нүктесі) (Место добычи материала (Название административного района и точка обследования))	Сұр тышқандар (Полевки)			
		Торлар (Ловушки)	Қақпан (Капкан)			Табындық (Стадная)	Қызыл сібірлік (Красно Сибирская)	Эконом- ка (Эконом- ка)	Кәдімгі (Обыкновенная)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Су сұр тышқаны (Водяная полевка)	Ондатра (Ондатра)	Тышқандар (Мыши)					Жәндікқоректілер (жертесерлер) (Насекомоядные (бурозубки))			Сұре- гекүй- рык (Пасюк)	Ат- жал- ман (Хомяк)
		Орман тышқа- ны (Лес- ная)	Кішкен- тай тыш- қан (Ма- лютка)	Тыш- қан (Мы- шевка)	Үй тышқа- ны (До- мовая)	Дала тышқа- ны (По- левая)	Кәдімгі (Обык- новен- ная)	Арктика- лық (Аркти- ческая)	Кіші (Ма- лая)		
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Күнделік жүргізуге жауапты адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) лица ответственного за ведение дневника)

Қолы (Подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
305-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
305-қосымша

Приложение 305
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 305/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 305/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Өнімдерді (тауарларды) сатып алу актісі

Акт закупа продукции (товаров)

(от) «__» _____ 20__ ж. (г.)

1. Бақылау мақсатында сатып алуды жүргізу туралы шешімнің нөмірі мен күні

(Номер и дата решения о проведении контрольного закупа)

2. Бақылау және қадағалау субъектісінің және объектісінің атауы, сатып алуды жүргізу мекенжайы (Наименование субъекта и объекта контроля и надзора, адрес проведения закупа) _____

3. Сатып алу мақсаты (Цель закупа)

өнімнің (тауардың), өндірушінің атауы (наименование продукции (товара), производителя) _____

4. Сатып алу жүргізілген күні мен уақыты (Дата и время проведения закупа)

5. Санитариялық–эпидемиологиялық сараптау жүргізу үшін санитариялық-эпидемиологиялық қызмет ұйымына жеткізу күні мен уақыты (Дата и время доставки в организацию санитарно-эпидемиологической службы для проведения санитарно-эпидемиологической экспертизы)

6. Өнімдерді тасымалдау барысында сақтау шарттары (Условия хранения продукции при транспортировке)

7. Объектіде жарамдылық мерзімі белгіленбеген және (немесе) өтіп кеткен, айқын бұзылу белгілері бар өнімдерді (тауарларды) сатудың анықталғаны туралы ақпарат (Информация о выявлении в реализации объекта продукции (товаров) с неустановленным и (или) истекшим сроком годности, явными признаками порчи)

8. Объектіде өндіруші белгілеген өнімді сақтау шарттарының сақталуы/сақталмауы туралы белгі (Отметка о соблюдении (Не соблюдении на объекте условий хранения продукции, установленных производителем)

9. Қабылданған жедел ден қою шаралары туралы ақпарат (Отметка о принятых мерах оперативного реагирования)

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

Үлгі- ні тір- кеу нөмі- рі (Ре- ги- стра- цион- ный но- мер об- раз- ца)	Алынған өнім (тауар) үлгі- лерінің атауы, өндірушісі (Наименования отобран- ных образцов продукции (товара), производитель)	Алын- ған үлгі- лер саны (Коли- че- ство ото- бран- ных образ- цов, ед.)	Үлгі- нің сал- ма- ғы, көле- мі (Вес, объ- ем об- раз- ца)	Өнім туралы сәй- кестендіру мәліметте- рі (өндірілген күні, жарамдылық мерзімі, сериясы, партия нөмі- рі, т.б.). (Идентификационные сведения о продукции (дата производства, срок годности, серия, номер партии, т.д.)	Өнімнің (тауар- дың) сынамасы- ның жалпы баға- сы (Общая цена пробы продук- ции (товара))	Пломба салу барысында қаптаманың тү- рі (Вид упаков- ки при оплом- бировании)	Плом- ба нө- мірі (Но- мер плом- бы)
1	2	3	4	5	6	7	8

Сынама алу барысына қатысқан объекті өкілінің (лауазымы), Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Должность), Ф.И.О (при его наличии). представителя объекта, в присутствии которого произведен отбор)

Қолы (Подпись) _____

Үлгілерді сатып алуды жүзеге асырған адамның лауазымы Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Должность, Ф.И.О. (при его наличии). лица производившего закуп образцов) _____

Қолы (Подпись) _____

Өнімдер мен тауарларды сатып алу төлем құжатымен расталды (Закуп продукции товаров подтвержден платежным документом)

төлем құжатының түрі, күні, нөмірі (вид платежного документа, дата, номер)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
306-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
306-қосымша

Приложение 306
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 306/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 306/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Бақылау мақсатында сатып алуды өткізу туралы шешімдерді тіркеу
журналы**

Журнал регистрации решений о проведении контрольного закупа

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж.(Г)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ____ ж. (Г.)

Тіркеу нөмірі (Регист- раци- онный номер)	Шешім шыға- рылған күн (Дата вынесе- ния ре- шения)	Шығаруға негіз (Осно- вание выне- сения)	Сатып алынатын өнімнің атауы (Наименование про- дукции, подлежащей закупу)	Сатып алуға уәкілет- ті лауазымды адам- дар (Должностные лица, уполномоченные на проведение закупа)	Сатып алу нәтижесі ту- ралы ақпарат (Отметка о результатах закупа)	Ес- керт- пе (При- меча- ние)
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
307-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
307-қосымша

Приложение 307
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 307/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 307/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Бақылау мақсатында сатып алудың нәтижелері туралы хабарламаларды
тіркеу журналы**

Журнал регистрации уведомлений о результатах контрольного закупа

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж.(Г)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ____ ж. (Г.)

Тір- кеу нө- мірі (Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер)	Хабарла- маның шығары- лған кү- ні (Дата вынесе- ния уве- домле- ния)	Сатып алу жүргізілген бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі, ата- уы, ЖСН/БСН, мекенжайы, сатып алу күні (Субъект (объект) контроля и надзора у которого проведен закуп (Наименование, ИИН/ БИН, адрес, да- та закупа)	Өнім- ді (тау- ар- ды) са- тып алу күні (Да- та за- купа про- дук- ции (то- ва- ра))	Са- тып алын- ған өнім- нің (тау- ар- дың) атауы (На- име- нова- ние закуп- лен- ной про- дук- ции (това- ра))	Бақылау мақса- тында са- тып алу туралы шешім- нің күні және нө- мірі (Дата и номер решения о прове- дении кон- трольно- го заку- па)	Хабарламаны дайындады (маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) лауазы- мы, қолы) (Уведомление подготовлено (Ф.И.О.(при его наличии), должность, подпись специалиста)	Ес- керт- пе (При- меча- ние)
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
308-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
308-қосымша

Приложение 308
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 308/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 308/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Тоқтатыла тұрған тауарлар (әкелуге уақытша тыйым салынған тауарлар)
туралы хабарламаларды есепке алу журналы**

**Журнал учета уведомлений приостановленных товаров
(временно запрещенных для ввоза товаров)**

Санитариялық-карантиндік пункт (Санитарно-карантинный пункт (СКП))

Хабарлама-ның № № уведомле-ние	Тыйым салу күні (Дата наложения запрета)	Тасымалдаушыға немесе жүкке қатысты уәкілеттік берілген басқа адамға хабарлама жіберу (Направление уведомления перевозчику или иному уполномоченному в отношении грузов лица)	Әкелуге тыйым салынған тауардың (контейнердің) атауы (Наименование товара (контейнера), ввоз которого запрещен)	СЭКТН коды (Код ТН-ВЭД)	Бақылаудағы тауарлардың жалпы салмағы (Общий вес подконтрольного товара)
1	2	3	4	5	6

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Партия саны (Код-лицензия) (Код-лицензия)	Берілген құжаттар (инвойс, жүк құжаты, МТК) (Представленные документы (инвойс, накладной, СГР))	Тауарлардың әкелінуіне тыйым салу себебі (Причина запрета ввоза товаров)	Тауарлардың әкелінуіне рұқсат беру күні (Дата разрешения ввоза товаров)	Еуразиялық экономикалық одақ аумағына өту үшін негіздеме (күжат деректемелері) (Основание пропуска на территорию Евразийского экономического союза (реквизиты документа))	Бақылаудағы тауарларды санитариялық-карантиндік бақылауды есепке алу журналына сәйкес тауардың реттік нөмірі (У-3) (Порядковый номер товара согласно журнала учета санитарно-карантинного контроля подконтрольных товаров (У-3))
7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
309-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
309-қосымша

Приложение 309
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 309/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 309/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

**Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы
рұқсат беру құжатының қолданылуын тоқтата тұру туралы қаулы**

**Постановление о приостановлении действия разрешительного документа
в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения**

№ _____

20__ жылғы (года) «__» ____ (город) ____ қаласы

Бас мемлекеттік санитариялық дәрігер (орынбасары) Главный государственный санитарный врач
(заместитель) _____

(керегінің астын сызыңыз) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)
(нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

ұсынылған материалдарды қарап (тексеру нәтижелері туралы акт), (рассмотрев представленные
материалы (акт о результатах проверки)

рұқсат құжаты тоқтатыла тұратын тапсырыс беруші (өтінім беруші) туралы мәліметтер: шаруашылық
жүргізуші субъектінің толық атауы (тиесілігі), объектінің мекенжайы/орналасқан жері, телефоны,
басшысының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Сведения о заказчике (заявителе),
чей разрешительный документ приостанавливается: (полное наименование хозяйствующего субъекта
(принадлежность), адрес/месторасположение объекта, телефон, Фамилия, имя, отчество (при его
наличии) руководителя)

_____ қызмет түрі (вид деятельности)

Объектінің немесе жобалау құжаттамасының толық атауы (Полное наименование объекта или проектной
документации)

Рұқсат құжатының күні, нөмірі (Дата, номер разрешительного документа)

Мынаны анықтадым (установил:)

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы
нормативтік құқықтық актілердің тармақтары талаптарының бұзылуын көрсетіңіз
(Указать нарушения требований пунктов, статей нормативных правовых актов в
сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан
Республикасы Кодексінің 19-бабы 3-тармақшасының негізінде (На основании
подпункта 3, ст.19 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе
здравоохранения»)

ҚАУЛЫ ЕТЕМІН:

ПОСТАНОВЛЯЮ:

Рұқсат құжатының қолданылуы тоқтатыла тұрсын

(Приостановить действие разрешительного документа)

20__ жылғы (года) «__» ____ № _____

рұқсат құжатының күні мен нөмірі (Дата и номер разрешительного документа)

20__ жылғы (года) «__» ____ дейін (до)

Рұқсат құжатының қолданылуын тоқтата тұру мерзімі

(Срок приостановления действия разрешительного документа)

20__ жылғы (года) «__» ____

Рұқсаттар мен хабарламалардың мемлекеттік цифрлық тізіліміне рұқсат
құжатының қолданылуын тоқтата тұру туралы мәліметтерді енгізу күні (Дата
внесения сведений о приостановлении действия разрешительного документа в
государственный цифровой реестр разрешений и уведомлений)

_____мына іс-
шаралар орындалсын:

(Выполнить следующие мероприятия)

Осы қаулыны орындау туралы ақпарат (Информацию о выполнении
настоящего постановления представить в)

_____ (к) 20__ жылғы (года) «__»

_____ ұсынылсын.

Рұқсат құжатының иесі денсаулық сақтау саласындағы рұқсат құжатының
тоқтатыла тұру мерзімі өткенге дейін бұзушылықтардың жойылғаны туралы
өтінішті ұсынбаған жағдайда, рұқсат құжатын берген лауазымды адамдар
көрсетілген мерзім өткен кезден бастап он жұмыс күні ішінде рұқсат құжатынан
сот тәртібімен айыруға (кері қайтарып алуға) бастама жасайды.

(В случае непредставления заявления об устранении нарушений владельцем
разрешительного документа до истечения срока приостановления
разрешительного документа в области здравоохранения должностные лица,
выдавшие разрешительный документ, в течение десяти рабочих дней с момента
истечения указанного срока иницируют лишение (отзыв) разрешительного
документа в судебном порядке).

Осы қаулыны орындау үшін жауапкершілік (Ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на)

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда),

(должность, (фамилия, имя, отчество (при его наличии)))

Осы қаулыға шағымды, наразылықты қаулының көшірмесі берілген күннен бастап он күн ішінде, ал егер ҚР ӘҚБ туралы кодексінің 744-748-баптарында көрсетілген адамдар істі қарауға қатыспаған болса, жағдайда оны алған күннен бастап беруге болады. (Жалоба, протест на настоящее постановление могут быть поданы в течение десяти дней со дня вручения копии постановления, а в случае, если лица, указанные в статьях 744-748 КоАП РК, не участвовали в рассмотрении дела, - со дня ее получения.)

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қаулыға шағым сотқа, іс бойынша қаулы шығарған органға (лауазымды адамға) жіберіледі, олар шағым, наразылық түскен күннен бастап үш күндік мерзімде істің барлық материалдарымен бірге оны тиісті сотқа, жоғары тұрған органға (жоғарыда тұрған лауазымды адамға) жіберуге міндетті (Жалоба на постановление по делу об административном правонарушении направляется судье, в орган (должностному лицу), вынесший постановление по делу, которые обязаны в трехдневный срок со дня поступления жалобы, протеста направить их со всеми материалами дела в соответствующий суд, вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу)).

Шағым берілуі, ал наразылық тікелей оларды қарауға уәкілетті сотқа, жоғары тұрған органға (жоғары тұрған лауазымды адамға) енгізілуі мүмкін (Жалоба может быть подана, а протест внесен непосредственно в суд, вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу), уполномоченный их рассматривать).

Мөр орны (Басқарма басшысы/Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет ұйымы басшысының орынбасары/ Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет ұйымының басшысы (орынбасары))

Место печати (Руководитель управления/ Заместитель Руководителя государственной организации санитарно-эпидемиологической службы/ Руководитель государственной организации санитарно-эпидемиологической службы (заместитель))

(қажеттісінің астын сызу) (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда),
қолы (фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)

Қаулыны алдым (Постановление получил) _____

атқаратын лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), алған күні, қолы
(занимаемая должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата получения,
подпись) _____

Қаулы (Постановление составлено в) ____ данада толтырылды (экземплярах).

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
310-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
310-қосымша

Приложение 310
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 310/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 310/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Тамақ өнімдерінің үлгісін тіркеу және зерттеу нәтижелерін беру журналы

**Журнал регистрации образца и выдачи результатов исследований пищевых
продуктов**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Тір- кеу нө- мірі (Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер)	Үл- гіні алу кү- ні (Да- та от- бо- ра об- раз- ца)	Үлгі- нің түс- кен күні (Да- та по- ступ- ле- ния об- раз- ца)	Хат- та- ма- ның тол- ты- ру күні (Да- та со- став- ле- ния про- то- ко- ла)	Үлгіні алу орны, ұйымның мекен- жайы және атауы (Место отбора об- разца, адрес и на- именование органи- зации)	Үл- гі- нің ата- уы (На- име- но- ва- ние об- раз- ца)	Көрсеткіштер- дің, оның ішінде сезім ағзалары арқы- лы сезіну көр- сеткіштерінің тізбесі (Перечень по- казателей, в т. ч. ощущения через органов чувств)	Фи- зика- лық- хи- мия- лық көр- сет- кіш- тер (Фи- зи- ко- хи- ми- че- ские по- каза- те- ли)	Анық- тал- ған шо- ғыр- лану (Об- нару- жен- ная кон- цен- тра- ция)	Өнімге арнал- ған НҚ бойын- ша нор- масы (Норма по НД на про- дукт)	Анық- тау әдісіне арнал- ған НҚ (НД на ме- тод опре- деле- ния)	Зерт- теу жүргіз- ген адам- ның Т. А.Ә. (ол болған жағ- дай- да), ко- лы (Ф.И. О. (при его на- ли- чии), под- пись лица прово- дивше- го ис- следо- вание)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
311-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
311-қосымша

Приложение 311
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 311/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 311/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от « » _____ 20 _____ года № _____

Автоклавтарды және дезинфекциялық камераларды микробиологиялық зерттеу хаттамасы

Протокол микробиологических исследований автоклавов и дезкамер

№ _____ « _____ » _____ 20 _____ ж.(г.)

1. Шарт бойынша түскен үлгі(лер) (образца (ов), поступивших по договору) №

2. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

4. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца)

5. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)

6. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)

7. Сынақ жүргізу шарттары: температура, ылғалдылық (Условия проведения испытаний): (температура, влажность)

8. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)

9. Үлгі алу әдісіне арналған НҚ (НД на метод отбора)

10. Сынама алған адам (кем взята проба)

11. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки):

12. Сақтау шарттары (Условия хранения):

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Үлгінің атауы. Үлгіні алу орны Наименование образца. Место отбора образца	Нәтижесі Результат
1	2	3

Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП (QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
312-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
312-қосымша

Приложение 312
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 312/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 312/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Көмір үлгілерін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования образцов угля

№ _____ «__» _____ 20 _____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгінің атауы (Наименование образца)

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

4. Зерттеу әдісі (Метод исследования)

5. Көлемі (Объем)

6. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором)

№ _____

7. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке) № _____
(от) «___» _____ 20___ ж.(г.)

8. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

9. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

10. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность))

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

№	Үлгі атауы/ (Наименование об- разца)	Күлділік, % (Золь- ность, %)	Ылғал- дылық/ (Влага, %)	Ұшпа заттардың шы- ғуы / (Выход летучих ве- ществ, %)	Жанудың жоғары жы- лылығы / (Высшая теплота сгора- ния)		Жанудың төменгі жы- лылығы / (Низшая теплота сгора- ния)	
					Дж/г	Ккал/кг	Дж/г	Ккал/кг
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
313-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
313-қосымша

Приложение 313
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 313/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 313/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Көмір үлгілерін зерттеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации исследований образцов угля

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

	Келіп түс-			Үлгі атауы	Үлгі-нің	Зерттелетін көрсеткіштер	Зерттеу жүргізген
						Исследуемые показатели	

Сы- на- ма № (№ про- бы)	кен күні (Да- та по- ступ- ле- ния)	Сынақ жүргізі- лген күн (Дата проведе- ния ис- пыта- ния)	Объекті- нің ата- уы, ме- кенжайы (Наиме- нование и адрес объекта)	(На- имено- вание образ- ца)	сал- ма- ғы, кг (Вес об- раз- ца, кг)	Күлді- лігі, % (Золь- ность), %	Ылғал- дылы- ғы влага, %	Ұшпа- заттар- дың шығуы (Вы- ход ле- тучих ве- ществ), %	Жанудың жо- ғары жылылы- ғы (Высшая теп- лота сгорания)		Жану- дың тө- менгі жылы- лығы (Низ- шая тепло- та сго- рания)		адам- ның қо- лы, Т.А. Ә. (ол болған жағдай- да) Ф.И.О (при его на- личии), под- пись ли- ца про- водив- шего ис- следова- ние
									Дж /г	Ккал /кг	Дж /г	Ккал /кг	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
314-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
314-қосымша

Приложение 314
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 314/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 314/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Темекінің, темекі бұйымдарының, электрондық және басқа да тұтыну
жүйелерінің үлгілерін алу актісі**

**Акт отбора образцов табака, табачных изделий, электронных и других
систем потребления**

(от) _____ 20____ жыл (год)

1. Объектінің атауы (Наименование объекта) _____
2. Тексеру белгіленгені туралы актінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки) _____
3. Сынама алынған орын, мекенжай (Место отбора образца, адрес) _____
4. Үлгіні алу мақсаты (Цель отбора образца) _____
5. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
6. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
7. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
8. Үлгі алу әдісіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод отбора) _____
9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____
10. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____
11. Қаптама түрі, мөр (пломба) нөмірі (Вид упаковки номер печати (пломбы)) _____
12. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Алынған үлгілер тізбесі (Перечень отобранных образцов)	Өндірушісі, сериясы (партия нөмірі) көрсетілген өнім үлгілерінің саны (Количество отобранных образцов продукции с указанием производителя, серия (номера партии))	Үлгінің салмағы, көлемі (Вес, объем образца)	Өндіріс күні, жарамдылық мерзімі (Дата производства, срок годности)
1	2	3	4	5

Сынама алу барысына қатысқан объекті өкілінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя объекта, в присутствии которого произведен отбор)

Қолы (Подпись) _____

Үлгілерді алған адамның лауазымы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Должность, Ф. И.О. (при его наличии) производившего отбор образцов)

Қолы _____

(Подпись)

Акт ____ данада толтырылды (Акт составлен в ____ экземплярах) *

* Құжат электрондық түрде толтырылған жағдайда қағаз жеткізгіште толтыруды талап етпейді. Не требует заполнения если документ заполняется в электронном виде.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
315-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
315-қосымша

Приложение 315
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 315/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 315/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

**Темекі, темекі бұйымдарының, электрондық және басқа да тұтыну
жүйелерінің үлгілерін зерттеу
хаттамасы**

**Протокол исследования образцов табака, табачных изделий,
электронных и других систем потребления**

№ _____ « ____ » _____ 20 ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____
3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
4. Мөлшері (Количество) _____
5. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____
6. Көлемі (Объем) _____
7. Партия нөмірі (Номер партии) _____
8. Шығарылған күні (Дата выработки) _____
9. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
10. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
11. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
12. Үлгі алу әдісіне нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____
13. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____
14. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____
15. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____
16. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____
17. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____
18. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)

Ингредиенттер көрсеткіштерінің атауы және басқалары (Наименование показателей ингредиентов и других)	Анықталған шоғырландыру (Обнаруженная концентрация)	Нормативтік көрсеткіштер (Нормативные показатели)	Зерттеу әдістеріне арналған НҚ (НД на методы исследования)
1	2	3	4

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП)
(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
316-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
316-қосымша

Приложение 316
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 316/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 316/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Темекі, темекі бұйымдарының, электрондық және басқа да тұтыну
жүйелерінің үлгілерін зерттеуді
тіркеу журналы
Журнал регистрации исследований образцов табака, табачных изделий,
электронных и других систем
потребления**

Басталуы (Начат) «__»_____20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__»_____20__ ж. (г.)

Тір- кеу нө- мірі (Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер)	Сы- на- ма алу кү- ні (Да- та от- бо- ра про- бы)	Сына- ма- ның түс- кен күні (Дата по- ступ- ле- ния про- бы)	Хатта- ма тол- тырыл- ған күн (Дата состав- ления прото- кола)	Сынама алын- ған орын, ұйым- ның мекенжайы және атауы (Ме- сто отбора, ад- рес и наимено- вание организа- ции)	Үл- гі- нің ата- уы (На- име- но- ва- ние об- раз- ца)	Зерт- те- летін көр- сеткі- ші, оның ішін- де таңба- лау (Ис- следу- емые пока- зате- ли в том числе мар- ки- ровка)	Фи- зи- ка- лық хи- мия- лық көр- сет- кіш- тер (Фи- зи- ко- хи- ми- че- ские по- каза- те- ли)	Анық- талған шоғыр- ланды- ру/ Об- нару- жен- ная кон- центра- ция (Обна- ружен- ная кон- центра- ция)	Өнім- нің НҚ бой- ынша норма- сы (Нор- ма по НД на про- дукт)	Анық- тау әдісіне арнал- ған НҚ (НД на ме- тод опре- деле- ния)	Зерттеу жүргіз- ген адамның Т. А.Ә. (ол болған жағдайда), (Ф.И. О (при его нали- чии), лица про- водившего ис- следование)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
317-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
317-қосымша

Приложение 317
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 317/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 317/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №__

Оқушы жиһазының функционалдық өлшемдерін өлшеу хаттамасы

Протокол измерения функциональных размеров ученической мебели

№ _____ от «__» _____ 20__ ж. (г.)

1. Өлшеу жүргізілетін объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес где производятся измерения) _____

2. Өлшеу жүргізу үшін негіз (Основание для проведения измерений)
3. Қатысуымен өлшеулер жүргізілген объект өкілінің Т.А.Ә.(ол болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О.(при его наличии), должность представителя объекта, в присутствии которого производились измерения)
4. Бұйымның атауы (Наименование изделия) _____
5. Өндіруші ел (фирма) (жеткізуші) Страна(фирма) - изготовитель (поставщик) ____
6. Бұйымдар жасалған материалға нормативтік құжат (Нормативный документ на материалы, из которого выполнено изделие) _____
7. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) аяқталуы (окончания) _____
8. Үлгінің сипаты (Описание образца) _____
9. Партия нөмірі (Номер партий) _____
10. Шығарылған күні (Дата выработки) _____
11. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

Оқу жиһазының өлшемдері және оқушылардың бойына сәйкестігі
(Размеры учебной мебели и соответствие росту обучающихся)

Оқушының Т. А.Ә. (ол болған жағдай- да), бойы Ф.И.О., (при его наличии) рост учащихся	Көрсеткіштің анықталған мәні Обнаруженное значение показателя		Көрсеткіштің рұқсат етілген мәні Допустимое значение показателя		Зерттеу әдісте- ріне ар- налған НҚ НД на методы исследо- ваний
	Үстелдің оқушыға қара- ған жиегі қақпағының еденнен биіктігі Высота над полом крыш- ки края стола, обращен- ного к обучающему	Отырғыштың ал- дыңғы жиегінің еденнен биіктігі Высота над полом переднего края сидения	Үстелдің оқушыға қара- ған жиегі қақпағының еденнен биіктігі Высота над полом крыш- ки края стола, обращен- ного к обучающему	Отырғыштың ал- дыңғы жиегінің еденнен биіктігі Высота над полом переднего края сидения	

Зерттеулер НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді

(Исследование проводились на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
318-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
318-қосымша

Приложение 318
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 318/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 318/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

Оқушы жиһазының функционалдық өлшемдерін өлшеуді тіркеу журналы

**Журнал регистрации измерения функциональных размеров ученической
мебели**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тір- кеу нө- мірі	Сы- на- ма алу күні	Хат- тама тол- тыры- лған күн	Зерттеу жүргізген орын, ұйымның мекенжайы және атауы	Сы- на- ма- ның ата- уы	Оқушы- ның Т. А.Ә. (ол болған жағдай- да), бойы Ф.И.О. (при его наличии), рост учащих- ся	Көр- сет- кіш- тер По- ка- за- тели	Көрсеткіштің анықталған мәні Обнару- женное значе- ние показателя	Көр- сет- кіштің рұқсат етіл- ген мәні Допу- сти- мое значе- ние пока- зателя	Зерт- теу әдісіне арнал- ған НҚ НД на метод иссле- дова- ния	Зерттеу жүр- гізген адам- ның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ко- лы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись ли- ца, проводив- шего исследо- вание)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
319-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
319-қосымша

Приложение 319
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 319/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 319/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № ____

Өсімдіктердің радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы

Протокол исследования радиоактивности растительности

№ _____ «__» _____ 20____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____

2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

4. Үлгінің келіп түскен уақыты (Дата поступления образца) _____

5. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____

6. Көлемі (Объем) _____

7. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором)

№ _____

8. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

№ _____ (от) «__» ____ 20__ ж.(г.)

9. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводилось на соответствие НД)

10. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____

11. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____

12. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

№	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	Алу нүктесі (Точка отбора)	Меншікті тиімді белсенділік, Бк/кг (Удельная эффективная активность, Бк/кг)				
				Cs-137	Ra-226	Th-232	K-40	Sr-90
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
320-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
320-қосымша

Приложение 320
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 320/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 320/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Су үлгілерін (гемодиализге және ілеспе терапияға арналған) зерттеу нәтижесі

**Результат исследования образцов
воды (для гемодиализа и сопутствующей терапии)**

№ ____ от «__» _____ 20 ____ ж. (Г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____
3. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____
4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
6. Көлемі (Объем) _____
7. Партия нөмірі (Номер партий) _____
8. Шығарылған күні (Дата выработки) _____
9. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
10. Үлгі алу әдісіне арналған НҚ (НД на метод отбора) _____
11. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____
12. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____
13. Су үлгілерін консервациялау әдістері (Методы консервации образца воды) _____

Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	Анықталған шоғырландыру Обнаруженная концентрация	Нормативтік көрсеткіштер Нормативные показатели	Зерттеу әдістеріне арналған НҚ НД на методы испытаний
1	2	3	4

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /
(Исследование проб проводилось на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП _____

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
321-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
321-қосымша

Приложение 321
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 321/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 321/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №__

**Су үлгілерін (гемодиализге және ілеспе терапияға арналған)
зерттеу нәтижелерін есепке алу журналы**

**Журнал учета результатов исследования образцов воды
(для гемодиализа и сопутствующей терапии)**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) « ____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистра- ционный номер)	Сынама- ның түс- кен күні (Дата по- ступле- ния про- бы)	Үлгіні алу орны (Место отбора образца)	Ме- кен- жай (Ад- рес)	Көрсеткіш- тер атауы (Наимено- вание пока- зателей)	Анықтал- ған шо- ғырлану (Выявлен- ная кон- центрация)	РЕ- ШШ нор- масы (Нор- ма ПДК)	Зерттеу әдісіне ар- налған НҚ (НД на ме- тод иссле- дования)	Зерттеу жүргізген адамның Т. А.Ә. (ол болған жағдайда), ко- лы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
322-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
322-қосымша

Приложение 322
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 322/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 322/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № ____

Дистилденген суды зерттеу хаттамасы
Протокол исследования дистиллированной воды

№ _____ от « ____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгі алу орыны (Место отбора образца)

3. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)

4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)

5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)

6. Көлемі (Объем)

7. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)

8. Үлгі алу әдісіне арналған НҚ (НД на метод отбора)

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

10. Сақтау шарттары (Условия хранения)

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

Зерттеу нәтижелері (результаты исследования)

Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	Анықталған концентрация Обнаружен- ная концен- трация	Норматив- тік көрсет- кіштер Норматив- ные показа- тели	Қолданыстағы нормативтік құқық- тық актілердің (бұдан әрі –НҚА) атауы Наименование действующих норма- тивных правовых актов (далее - НПА)
Буланудан кейінгі қалдықтың массалық шоғырлануы (Массовая концентрация остатка после выпаривания), мг /дм ³			
Аммиак пен аммоний тұздарының массалық шоғырлануы (Массовая концентрация аммиака и аммонийных солей), (NH ₄) мг/дм ³			
Нитраттардың массалық шоғырлануы (Массовая концентрация нитратов), (NO ₃), мг/дм ³			

Сульфаттардың массалық шоғырлануы (Массовая концентрация сульфатов) (SO ₄), мг/дм ³			
Хлоридтердің массалық шоғырлануы (Массовая концентрация хлоридов) (Cl), мг/дм ³			
Алюминийдің массалық шоғырлануы (Массовая концентрация алюминия) (Al), мг/дм ³			
Темірдің массалық шоғырлануы (Массовая концентрация железа) (Fe), мг/дм ³			
Кальцийдің массалық шоғырлануы (Массовая концентрация кальция) (Ca), мг/дм ³			
Мыстың массалық шоғырлануы (Массовая концентрация меди) (Cu), мг/дм ³			
Қорғасынның массалық шоғырлануы (Массовая концентрация свинца) (Pb), мг/дм ³			
Мырыштың массалық шоғырлануы (Массовая концентрация цинка) (Zn), мг/дм ³			
КМnO ₄ қалпына келтіретін заттардың массалық шоғырлануы (Массовая концентрация веществ, восстанавливающих КМnO ₄) (O), мг/дм ³			
pH			
20 °C меншікті электр өткізгіштігі (Удельная электрическая проводимость при 20 °C), См/м,			
Арнайы көрсеткіштер (Специфические показатели)			

Зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді

(Исследование проводились на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста, проводившего исследование, ЭЦП).	
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), ЭЦП заведующего лабораторией)	

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR кода недействительный).

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады
(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басуға Тыйым салынған(Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
323-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
323-қосымша

Приложение 323
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 323/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 323/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20 ____ года № ____

Жүзу бассейндерінің суын зерттеу хаттамасы
Протокол исследования воды плавательных бассейнов

№ _____ от «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)

4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)

5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)

6. Көлемі (Объем)

7. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)

8. Үлгі алу әдісіне арналған НҚ (НД на метод отбора)

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

10. Сақтау шарттары (Условия хранения)

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

Зерттеу нәтижелері (результаты исследования)

Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	Анықталған шоғырландыру Обнаруженная концентрация	Нормативтік көрсеткіштер Нормативные показатели	Қолданыстағы нормативтік құқықтық актілердің (бұдан әрі – НҚА) атауы Наименование действующих нормативных правовых актов (далее - НПА)
Лайлылығы(мутность) мг/л			
Түстілігі (цветность) градустар (градусы)			
Иісі (запах), балл			
pH			
Қалдық бос хлор (Остаточный свободный хлор) мг/л			
Қалдық байланысқан хлор (Остаточный связанный хлор) мг/л			

- Азот аммоний (азот бойынша) (по азоту, мг/л			
Озон (озондау кезінде) (при озонировании),мг/л			
Перманганатты тотығушылық (Перманганатная Окисляемость),мг/л			
Хлороформ,мг/л			
Формальдегид (озондау кезінде) (при озонировании), мг/л			
Жалпы кермектілік (Жесткость общая), мг-экв/л			
Сульфаттар (сульфаты), мг/л			
Хлоридтер (хлориды), мг/л			
Жалпы темір (Железо общее), мг/л			
Мөлдірлігі (Прозрачность)			
Нитраттар (нитраты), мг/л			
Арнайы көрсеткіштер (Специфические показатели)			

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста, проводившего исследование, ЭЦП).	_____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ. (Ф.И.О. (при его наличии), ЭЦП заведующего лабораторией)	_____

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR кода недействительный).

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады
(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басуға Тыйым салынған(Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
324-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
324-қосымша

Приложение 324
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 324/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 324/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года № _____

Үлгілерді экспресс-әдіспен зерттеу хаттамасы

Протокол исследования образцов экспресс-методом

№ _____

«_____» _____ 20____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____
3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
4. Мөлшері (Количество) _____
5. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____
6. Көлемі (Объем) _____
7. Партия нөмірі (Номер партий) _____
8. Шығарылған күні (Дата выработки) _____
9. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
10. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
11. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
12. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
13. Үлгі алу әдісіне арналған НҚ (НД на метод отбора) _____
14. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____
15. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____
16. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі Регистраци- онный номер	Көрсеткіш- тер тобы Группа пока- зателей	Анықтау үшін қолданылған әдіс (Метод использованный для определения)	Анықтал- ған шоғырлан- дыру (Обнару- женная Концен- трация)	Норма- тивтік көрсет- кіштер (Норма- тивные Показа- тели)	Зерттеу әдістеріне ар- налған НҚ (НД на методы иссле- дования)
1	2	3	4	5	6

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ. (Ф.И. О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП (QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№__ бұйрығына
325-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
325-қосымша

Приложение 325
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 325/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 325/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №_____

**Ауыл шаруашылығы өнімдерінің, тамақ өнімдерінің, судың, топырақтың,
ауа ортасының үлгілерін пестицидтердің қалдық мөлшерін анықтауға
зерттеу хаттамасы**

**Протокол исследования образцов сельскохозяйственной продукции,
продуктов питания, воды, почвы, воздушной среды на определение
остаточных количеств пестицидов**

№ _____ от « ____ » _____ 20__ ж. (г.)

1. Объекті атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____
3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
4. Мөлшері (Количество) _____
5. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____
6. Көлемі (Объем) _____
7. Партия номері (Номер партии) _____
8. Шығарылған күні (Дата выработки) _____
9. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
10. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
11. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
12. Үлгі алу әдісіне арналған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____
13. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____
14. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____
15. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____
16. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____
17. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____

Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)

Ингредиенттер көрсеткіштерінің атауы және басқалар (Наименование показателей ингредиентов и других)	Анықталған шоғырландыру (Обнаруженная концентрация)	Нормативтік көрсеткіштер (Нормативные показатели)	Зерттеу әдістеріне арналған НҚ (НД на методы исследования)
1	2	3	4

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ. (Ф.И. О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование) _____ Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП _____

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
326-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
326-қосымша

Приложение 326
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 326/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 326/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Топырақ үлгілерін және зерттеу (жоғары дәлдіктегі жабдықта) нәтижелерін
тіркеу журналы**

**Журнал регистрации образцов и результатов исследования почвы
(на высокоточном оборудовании)**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) « ____ » ____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрацион- ный номер)	Сынама түс- кен күн (Дата поступления)	Үлгіні алу ор- ны (Место отбора образ- ца)	Ме- кен- жай (Ад- рес)	Көрсет- кіштер атауы (Наимено- вание по- казате- лей)	Анықтал- ған шо- ғырлану (Выяв- ленная концен- трация)	РЕ- ШШ нор- ма- сы (Нор- ма ПДК)	Зерттеу әдісіне НҚ (НД на метод исследо- вания)	Зерттеу жүргізген адам- ның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его нали- чии), подпись лица,прово- дившего исследование)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
327-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
327-қосымша

Приложение 327
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 327/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 327/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

Зертханаішілік бақылау журналы

Журнал внутрилабораторного контроля

Басталуы (Начат) « » 20 ____ г.

Аяқталуы (Окончен) « » 20 ____ г.

Күні	Бөлімшенің атауы/ анықталатын көрсеткіш	Сапаны бағалау әдісі	Бақылау нәтижесі	Қолы
------	---	----------------------	------------------	------



р/с № № п /п	(Дата)	(Наименование подразделения/ определяемый показатель)	(Метод оценки качества)	(Результат контроля)	(Подпись)
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
328-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
328-қосымша

Приложение 328
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 328/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 328/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Серологиялық зерттеулерді (ішек инфекциялары тобы) тіркеу журналы

Журнал регистрации серологических исследований (кишечная группа инфекций)

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні, айы, жылы (Дата, месяц, год)	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)	Жасы (Возраст)	Үлгіні жіберген ұйым (Организация направившая образец)	Диагнозы, ауырған күні (Диагноз, дата заболевания)	Зерттеу жиілігі (Кратность исследования)	Зерттеу мақсаты, алғашқы немесе қайта тексеру (Цель исследования, первичное или повторное обследование)
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

О-антигенімен реакциясы (Реакция с О-антигенами)						Бақылау (Контроль)		Сальмонеллез жиынтығы (Комплекс сальмонеллезный)	ПГАР (РПГА)				Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)	Зерттеу аяқталған күн, зертханашы-дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись врача-лаборанта)
2,12	4,12	6,7	6,8	9,12	3,10	Са-ры-су (Сыворотки)	Ди-а-гно-сти-ка-сы (Диагностикум)		Vi	Флекс-нер	Зонне	Нью-Кестел		
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
329-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
329-қосымша

Приложение 329
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 329/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 329/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Көкжөтел мен көкжөтелге ұқсас аурулардың серологиялық
зерттеулерін тіркеу журналы
Журнал регистрации серологических исследований
на коклюш и паракклюш**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регист- раци- онный номер)	Кү- ні, айы, жы- лы (Да- та, ме- сяц, год)	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)	Жа- сы (Воз- раст)	Үлгіні жі- берген ұй- ым (Организа- ция напра- вившая образец)	Диа- гнозы, ауыр- ған кү- ні (Диа- гноз, дата за- болева- ния)	Тексе- ріп қа- рау жиілі- гі (Крат- ность иссле- дова- ния)	Зерттеу мақсаты, алғашқы немесе қайта тексеру (Цель исследова- ния, первичное или повторное об- следование)
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)									Бақылау (Контроль)		Зерттеу нәтиже- лері (Резуль- таты ис- следова- ний)	Зерттеу аяқталған күн, зертханашы-дәрігердің тегі, аты, әкесі- нің аты (ол болған жағдайда), қолы (Дата окончания исследования, фами- лия, имя, отчество (при его наличии), подпись врача-лаборанта)
1: 20	1: 40	1: 80	1: 160	1: 320	1: 640	1: 1280	1: 2560	1: 5120	Са- ры- су (Сы- во- рот- ки)	Ди- а- гно- сти- кум		
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
330-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
330-қосымша

Приложение 330
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 330/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 330/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Скарлатинаға микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований на скарлатину

Басталды (Начат) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Зерттеу жүргізілген күн (Дата проведения исследования)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)	Жасы (Возраст)	Жұмыс орны, мекенжайы (Место работы, домашний адрес)	Үлгіні жіберген ұйым (Организация направившая образец)	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Тығыз қоректік орталарда өсу (Рост на плотных питательных средах)	Гемоллиз	Сұйық қоректік орталарда өсу (Рост на жидких питательных средах)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Микроскопия	Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)								Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)	Зерттеу аяқталған күн, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись проводившего исследование)
	Катализа	Бацитрацин-мен тест Тест с бацитрацином	Инулин	Сорбит	Глицерин	Глюкоза	Лактоза	Сахароза		
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
331-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
331-қосымша

Приложение 331
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 331/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 331/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Секвенирлеу әдісімен генетикалық сипаттамаға арналған үлгілерді тіркеу
журналы**

**Журнал регистрации образцов на генетическую характеристику методом
секвенирования**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

р /с № № п /п	Тіркеу нөмірі (Реги- страци- онный номер)	Үл- гіні алу (От- бор об- раз- ца)	Үлгінің тү- суі (Поступ- ления об- разца)	Үлгіні жі- берген ұйым (Организа- ция, напра- вившая об- разец)	Зерт- теу мақ- саты (Цель иссле- дова- ния)	Зерт- теле- тін үл- гі (Ис- сле- ду- емый обра- зец)	Жеткізген маманның Т.А. Ә. (ол болған жағдайда) лауазымы, қолы (Ф.И.О. (при его нали- чии) должност и подпись специалиста доставивше- го)	Қабылдаған маманның Т.А.Ә. (ол болған жағ- дайда) лауазымы, қолы (Ф.И.О. (при его нали- чии) должности подпись принявшего специали- ста)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
332-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
332-қосымша

Приложение 332
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « _____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 332/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 332/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

**Вирустық инфекциялардың генетикалық сипаттамасы үшін зертханаға
жіберу сауалнамасы**
**Анкета направления в лабораторию для генетической характеристики
вирусных инфекций**

Үліні алуды жүргізетін ұйым: және алу күні	_____
--	-------

(Организация, проводимая отбор: и дата отбора)			
Жағдайдың жіктемесі (Классификация случая):	Науқас (Больной) (Ауырып сауыққан (қайта) (Переболевший (повторно) _____ Вакцинацияланған (Вакцинированный) _____	Бірінші ауырған күні (дата первого заболевания) _____	

1-бөлім (Раздел 1) : Науқас туралы ақпарат (Информация о пациенте)

Туған күні (Дата рождения): [][]/[][]/[][][][]

Жынысы (Пол): ☐ еркек(мужской) ☐ әйел(женский)

Тұрғылықты мекенжайы (Адрес проживания): _____

Жұмыс/оқу орны (Место работы/учебы):

2-бөлім (Раздел 2): Клиникалық ақпарат (Клиническая информация)

Пациенттегі клиникалық ағым (Клиническое течение у пациента)

Ауырған күні

[][]/[][]/[][][][]

(Дата заболевания):

Бірінші компонентті вакцинациялау күні (Дата вакцинации первого компонента): [][]/[][]/[][][][]

Екінші компонентті вакцинациялау күні (Дата вакцинации второго компонента): [][]/[][]/[][][][]

3-бөлім (Раздел 3): Симптомдар пайда болғанға дейін 14 күн ішіндегі байланыстар және саяхат туралы ақпарат (есеп бергенге дейін, егер ағым симптомсыз болса) (Контакты и информация о путешествиях в течение 14 дней до появления симптомов (до отчетности, если бессимптомное течение)

Пациент симптомдар пайда болғанға дейін 14 күн ішінде саяхатта болды ма?

Путешествовал ли пациент в течение 14 дней до появления симптомов?

☐ Жоқ (Нет)☐ Иә (Да)☐ Белгісіз (Неизвестно)

Егер иә болса, саяхат орындарын көрсетіңіз (Если да, укажите места путешествий):

Ел/Қала/Облыс(Страна/Город/Область)

Пациентте сиптомдар басталғанға дейін 14 күн ішінде ықтимал немесе расталған жағдаймен байланыс болды ма? (Был ли у пациента контакт с вероятным или подтвержденным случаем в течение 14 дней до начала симптомов?)

☐ Жоқ (Нет)☐ Иә(Да)☐ Белгісіз(Неизвестно)

Егер иә болса, байланыстың мән-жайлары (барлық қолданылатынды белгілеңіз) (Если да, обстоятельства контакта (отметьте все применимое):

☐ мед. ұйымда (в мед. Организации)☐ отбасында (в семье)☐ жұмыс орнында (на рабочем месте)☐ белгісіз (неизвестно)☐ басқасы, көрсетіңіз (иное, укажите): _____

4-бөлім (Раздел 4): Зертханалық зерттеулер туралы ақпарат (зертхана қызметкерлері толтырады) (Информация о лабораторных исследованиях (заполняется сотрудниками лаборатории))

Зерттеу жүргізу күні (Дата проведения исследования):

Зерттеу жүргізген ұйым (Организация, проводившая исследования):

Диагностика үшін қолданылған коммерциялық тест жүйесі (Для диагностики была использована коммерческая тест-система)

Өндіруші (Производитель): _____

Тұтану циклі (Ct) (барлық арналарды көрсету) (Цикл возгорания (Ct) (указать все каналы):

Үлгі типі (Тип образца):

Үлгіні сақтау жағдайлары (Условия хранения образца):

Үлгілерді «мұздату – еріту» циклдарының саны (Количество циклов «заморозка-разморозка» образца):

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
333-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
333-қосымша

Приложение 333
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 333/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 333/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Вирустық үлгілердің генетикалық сипаттамасын тіркеу және нәтижелерін
беру журналы**

**Журнал регистрации и выдачи результатов генетической характеристики
вирусных образцов**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20____ ж. (г.)

р/с № №п /п	Тіркеу нөмірі (Регист- рацион- ный номер)	Үлгі алын- ған күн (Дата отбора образ- ца)	Үлгі түс- кен күн (Дата по- ступле- ния об- разца)	Үлгіні жолда- ған ұйым (Организа- ция, напра- вившая обра- зец)	Жіберген ұйымның зертханалық нө- мірі (Лабораторный номер направив- шей организации)	Жа- сы (Воз- раст)	Жы- ны- сы (Пол)	Се- кве- нир- леу әді- сі (Ме- тод се- кве- ни- ро- ва- ния)	Ба- ста- лу кү- ні (Да- та на- ча- ла)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Аяқталу күні (Дата окон- чания)	Нәтиже (Резуль- тат)	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) лауазымы қолы (Ф.И.О. (при его наличии) должности, подпись специалиста, проводивше- го исследования)	ПТР қайта тестілеу нәти- жесі (Результат ретестирова- ния ПЦР)
11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
334-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
334-қосымша

Приложение 334
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 334/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 334/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Бактериялық үлгілердің генетикалық сипаттамасын тіркеу және
нәтижелерін беру журналы**
**Журнал регистрации и выдачи результатов генетической характеристики
бактериальных образцов**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

р /с № № п /п	Тіркеу нө- мірі (Регистра- ционный номер)	Үлгі алын- ған күн (Дата отбора образца)	Үлгі түс- кен күн (Дата по- ступления образца)	Үлгіні жолда- ған ұйым (Организация, направившая образец)	Жіберген ұйымның зертханалық нөмірі (Лабораторный но- мер направившей ор- ганизации)	Жа- сы (Воз- раст)	Жы- ны- сы (Пол)	Секвенирлеу әдісі (Метод секвенирова- ния)	Ба- ста- лу кү- ні (Да- та на- ча- ла)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Бактериялық зерттеу нәтижесі (Результаты бактериальных исследований)				
Колония титрі (Титр колонии)	Грамм бойынша бояу (Окраска по грамму)	Оксидаза тесті (Оксидаза тест)	Антибиотиктерге сезімталдылығы (Чувствительность к антибиотикам)	Типтеу нәтижесі (Результат типирования)
11	12	13	14	15



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 04.09.2026
Сактау күні 15.09.2026
Дата редакции 04.09.2026
Дата скачивания 15.09.2026

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ _____ бұйрығына
336-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
336-қосымша

Приложение 336
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 336/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 336/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

Дезинфекциялық препараттарды пайдалануды есепке алу журналы

Журнал учета использования дезинфицирующих препаратов

№	Препараттың атауы (Наименование препарата)	Шығын нормасы (Норма)	Препараттың көлемі (Объем препарата)	Ерітіндінің дайындалған күні (Дата приготовления раствора)	Өңдеу орны (Место обработки)	Өңдеу алаңы (Площадь обработки)	Өңдеуді кім жүргізді (Кем проведена обработка)	Өңдеуді жүргізген адамның қолы (Подпись проводившего обработку)	Басшының қолы (Подпись руководителя)
---	---	--------------------------	---	---	---------------------------------	------------------------------------	---	--	---



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 04.09.2026
Сактау күні 15.09.2026
Дата редакции 04.09.2026
Дата скачивания 15.09.2026

		расхо- да)							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
337-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
337-қосымша

Приложение 337
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 337/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 337/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № ____

Дыбыс оқшаулауын өлшеу бойынша сараптамалық қорытынды
Экспертное заключение по измерению звукоизоляции
№ _____

« ____ » _____ 20 ____ жыл (год)

1. Өтініш беруші (Заявитель):

2. Мекенжайы (Адрес):

3. Объект атауы (Наименование объекта):

4. Негізі (Основание):

5. Өлшеу мақсаты (Цель измерений):

6. Өлшеу құралының атауы, тексеру күні (Средства измерений наименование, дата поверки):

7. Нормативтік-техникалық құжаттама (Нормативно-техническая документация):

8. Сынақ зертханасының/орталығының атауы, аккредиттеу аттестаты аккредиттеу субъектілерінің тізілімінде тіркелген (Наименование испытательной лаборатории/центра, аттестат аккредитации зарегистрирован в реестре субъектов аккредитации):

9. Дыбыс оқшаулауын өлшеу хаттамасы (Протокол измерения звукоизоляции):

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения):

Өлшеу кезінде ауа температурасы, ылғалдылық, ауа қозғалысының жылдамдығы, атмосфералық қысымға өлшеулер жүргізілді (Во время измерений были сделаны замеры температуры воздуха, влажности, скорости движения воздуха, атмосферного давления).

Сыналатын үй-жайлар мен конструкциялардың параметрлері туралы мәліметтер (Сведения о параметрах испытываемых помещений и конструкций):

11. Сараптамаға ұсынылған құжаттар (Документы, предоставленные на экспертизу):

12. Сараптама нәтижелері (Результаты экспертизы):

Ауа шуын оқшалау индексі: белгіленген нормадан аспайды/белгіленген нормадан __дБ жоғары. (Индекс изоляции воздушного шума: не превышает установленный нормы/ превышает установленный нормы на __ дБ).

«Қазақстан Республикасының қағидалар жинағы. Тұрғын және қоғамдық ғимараттардың қоршау конструкцияларының дыбыс оқшаулауын жобалау» ҚР ҚЕ 2.04-105-2012 талаптары. Б санатындағы тұрғын үйлер үшін ауа шуын оқшалау индекстерінің нормативтік мәндері __ дБ құрайды.. (Требования СП РК 2.04-105-2012 «Свод правил Республики Казахстан. Проектирование звукоизоляции ограждающих конструкций жилых и общественных зданий». Нормативные значения индексов изоляции воздушного шума для жилых зданий категории Б составляет __ дБ).

- Сараптама нәтижелері бойынша __ қабаттың №__ пәтері мен №__ пәтерінің көршілес үй-жайларының арасындағы ауа шуын оқшалау индексі __ дБ құрады, норма бойынша __ дБ; (По результатам экспертизы индекс изоляции воздушного шума между смежными помещениями квартиры) №__ и квартиры №__ этажа __ составил __ дБ, при норме __).

Қабат аралық жабын плитасы үшін келтірілген соққы шуының индексі: белгіленген нормадан аспайды/белгіленген нормадан __ дБ жоғары. (Индекс приведенного ударного шума для плиты междуэтажного перекрытия: не превышает установленный нормы/превышает установленный нормы на __ дБ).

«Қазақстан Республикасының қағидалар жинағы. Тұрғын және қоғамдық ғимараттардың қоршау конструкцияларының дыбыс оқшаулауын жобалау» ҚР ҚЕ 2.04-105-2012 талаптары. __ санатындағы тұрғын ғимараттар үшін соққы шуының келтірілген деңгейі индекстерінің нормативтік мәндері __ дБ құрайды. (Требования СП РК 2.04-105-2012 «Свод правил Республики Казахстан. Проектирование звукоизоляции ограждающих конструкций жилых и общественных зданий» Нормативные значения индексов приведенного уровня ударного шума для жилых зданий категории __ составляет __ дБ.

__ қабаттың №__ пәтері мен №__ пәтерін бөлетін қабат аралық жабынның плитасы үшін келтірілген соққы шуының индексі __ дБ құрады, норма бойынша __ дБ;

(Индекс приведенного ударного шума для плиты междуэтажного перекрытия, разделяющей) квартиру №____ и квартиру №____ этажа____ составил____ дБ, при норме____ дБ.

Орындаушылыр:

(Исполнители):

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О.при его наличии) (лауазымы, ЭЦҚ) (должность, ЭЦП)

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О.при его наличии) (лауазымы, ЭЦҚ) (должность, ЭЦП)

Зертхана меңгерушісі

(Заведующий лабораторий)

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О.при его наличии) (ЭЦҚ, ЭЦП)

Басшы

(Директор)

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О.при его наличии) (ЭЦҚ, ЭЦП)
(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
338-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
338-қосымша

Приложение 338
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 338/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 338/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « » _____ 20 _____ года № _____

№ ____ санитариялық-карантиндік бақылау актісі
(төтенше жағдайлардың туындау қаупі болған кезде)

Акт санитарно-карантинного контроля № ____
(при наличии риска возникновения чрезвычайных ситуаций)

«__» _____ 20__ жыл (год) _____

Мен (Мною) Біз (Нами) _____
лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (бұдан әрі – Т.А.Ә.) (Должность, фамилия, имя,
отчество (при его наличии), (далее –Ф.И.О.)

_____ мемлекеттік
санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органының атауы (Наименование органа государственного
санитарно-эпидемиологического надзора) мыналардың: (с участием)
тексеруге қатысқан басқа мамандарды көрсетіңіз _____
(указать других специалистов, участвовавших в обследовании)

_____ катысуымен
мамандар болғанда: (в присутствии) _____
лауазымы, лауазымды тұлғаның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (немесе заңды тұлғаның басшысының немесе
жеке тұлғаның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)) (должность, Ф.И.О. (при его наличии) должностного лица (или
руководителя юридического лица или Ф.И.О. (при его наличии) физического лица)

_____ тексеру жүргіздік (проведено обследование)

1. Рейстің нөмірі (Номер рейса) _____
2. Компанияның атауы (Наименование компании) _____
3. Қозғалыс маршруты (Маршрут движения) _____
4. Жолаушылар /экипаж мүшелері саны (Количество пассажиров/членов экипажа) _____

5. Көлік құралында инфекциялық ауруға күдікті науқастардың болуы (Наличие на транспортном средстве
больных подозрительных на инфекционное заболевание)

_____ иә/жоқ (да/нет)
Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

6. Симптомдары (керектіні сызу) қызба, температура 38,5 С, жөтел, бездердің, лимфа түйіндерінің ісінуі,
тамақ ауруы, диарея, бірнеше рет құсу, тері бөртпесі, сарғаю, көгеру, қан кету, сананың шатасуы (Симптомы
(нужно подчеркнуть) лихорадка, температура 38,5 С, кашель, опухание желез, лимфоузлов, боль в горле,
диарея, неоднократная рвота, кожная сыпь, желтуха, кровоподтек, кровотечение, спутанность сознания).

Науқасқа қатысты мынадай іс-шаралар жүргізілді (В отношении больного человека проведены
мероприятия) _____

7. Көлік құралында болжамды түрде инфекциялық сипаттағы аурудан қайтыс болған адамдардың болуы
(Наличие на транспортном средстве лиц, умерших предположительно от заболевания инфекционной
природы) _____

_____ иә/жоқ (да/нет)
8. Көлік құралында кеміргіштердің, жәндіктердің болуы (Наличие на транспортном средстве
грызунов, насекомых) _____

_____ иә/жоқ (да/нет)
9. Халық денсаулығына қауіп төндіретін жүктің атауы (Наименование груза, представляющего опасность для
здоровья населения) _____

_____ иә/жоқ (да/нет)
10. Қажетті ілеспе құжаттарының болуы (Наличие необходимых сопроводительных документов):

а) Көлік құралының жалпы декларациясының санитариялық бөлігі (Санитарная часть общей деклараций
транспортного средства) _____

б) Жолашылар манифесті (Пассажирский манифест) _____

в) Жолаушылар және басқа да көлік құралдарын дезинфекциялауды, дезинсекциялауды және дератизациялауды
растайтын құжаттар (Документы подтверждающие проведение дезинфекции, дезинсекции и дератизации
пассажирского и иного транспортного средства) _____

г) Жүктің қауіпсіздігін куәландыратын ілеспе құжаттар (сопроводительные документы на грузы, удостоверяющие
ее безопасность) _____



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні	04.09.2026
Сақтау күні	15.09.2026
Дата редакции	04.09.2026
Дата скачивания	15.09.2026

Қорытынды(Заклучение): _____

Қолы (Подпись) _____

Тексеруге қатысып, акті бір данасын алды (При обследовании участвовал, и экземпляр акта получил)

Аяқталды (Окончено) « » _____ 20__ жыл (год) _____ сағат (часов) _____ минут

Акт ____ данада толтырылды (Акт составлен в ____ экземплярах).

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
339-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
339-қосымша

Приложение 339
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 339/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салама- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 339/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Жіті респираторлық вирустық инфекция бойынша
зертханалық зерттеу нәтижелерін тіркеу
журналы**

**Журнал
Регистрации результатов лабораторных
исследований по острой респираторной вирусной инфекции**

Басталуы (начало): _____

Аяқталуы (окончание): _____

р /с № № п /п	Зерт- ха- на- лык но- мір /Ла- бо- ра- тор- ный но- мер	Сэй- кестен- діру №/ Иден- тифи- каци- онный №	Ап- та/ Неде- ля	Басқа респираторлық вирустық инфекциялар												
				Другие респираторные вирусные инфекции												
				Парагрипп (hPiv)	Респи- ратор- но- синци- тиаль- ный вирус (hRSv)	Ме- тап- невмо- вирус (hMpv)	Коро- нави- рус (hCov)	Ри- но- ви- рус (hRv)	Аде- нови- рус (hAdv)	Бока- вирус (hBov)	Дру- гие ОРВИ	Дата вы- дачи ре- зуль- та- тов Бері- лген күні нәти- же- лер нәти- же- лер	Г ш Қ			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	

<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 340/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы</p> <p>Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения</p>	<p>Медицинская документация Форма № 340/у</p> <p>Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20__ года № _____</p>

№ п /п	Зертханалық № Лаборатор- ный №	Сәйкестендіру № Идентификацион- ный №	Науқас адамның Т. А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его на- личии) больного человека	Ту- ған күні Дата рож- дения	Материал қайдан түсті Откуда поступил мате- риал		Аурудың диа- гнозы Диа- гноз болезни
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы/Продолжение таблицы

Үлгінің күйі (1-барабар, 2- барабар емес) Состояние образца (1-адек- ватное, 2-неадекватное)	Апта Неде- ля	Күні Дата				Нәтиже- сі Ре- зультат	Нәтиженің берілген кү- ні Дата выда- чи результа- та
		Аурулар Заболева- ния	Матери- алды алу Взятие мате- риала	Материалды жеткізу Доставка материала	Зерттеу Исследо- вания		
9	10	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
341-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
341-қосымша

Приложение 341
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 341/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 341/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № ____

Тұрмыстық қатты қалдықтардың мөлшерін есепке алу журналы
Журнал учета количества твердых бытовых отходов

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Күні	Қалдықтарды тиесілі жібеген ұйымның атауы	Қалдықтардың түрі	Қалдықтардың мөлшері Количество отходов	Қалдықтардың құрамы Состав отходов	Картаның нөмірі Номер карты



Дата	Наименование организации,от- грузившей отходы	Вид отхо- дов	Тонна/ тонн	м3		
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
342-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
342-қосымша

Приложение 342
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 342/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 342/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №__

**Әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттаманы қарау орнына келуге
шақырту**

**Повестка о явке по месту рассмотрения протокола об административном
правонарушении**

Тұлға (Лицо):

Тұрғылықты мекенжайы: (место проживания)

20__жылғы ____ келу туралы шақыртуды (повестку о явке «__»__ 20__ года)

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының атауы (Наименование государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

Мемлекеттік органның мекенжайы (адрес государственного органа)

20__жылы ____ алдым (получил «__» ____ 20__ года) ____

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)

Шақырту__данада толтырылды (повестка составлена в экземплярах).

Шақыртуды толтырған лауазымды тұлғаның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись должностного лица составившего повестку)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
343-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
343-қосымша

Приложение 343
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 343/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 343/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Атқарылған жұмыстарды (зоологиялық) есепке алу күнделігі
Дневник учета проведенной работы (зоологической)

Күні /Дата _____ аумақ атауы/ название территории _____
Кеміргіш иесі / Вид грызуна _____ жинау әдісі/метод
сбора

Колония нөмірлері №	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Номера колоний №											
Тіршілік етуі обитаемость											
Есепті жинақ Учетный сбор											
Азық камерасы Кормовая камера											
Қосымша жинақ Дополнительный сбор											

Жаппай жинау /Массовый сбор:

Колониялар қарап-тексерілді /Осмотрено колоний _____ оның ішінде бүрге
бар/ из них с блохами _____

Жинақ жүргізді /Сбор проводил: _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы « » _____
№ ____ бұйрығына
344-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
344-қосымша

Приложение 344
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

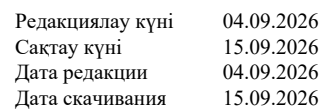
Нысан
Форма
А4 Форматы (альбом)
Формат А4 (альбомный)

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 344/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 344/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Бүргелер популяциясының экологиялық-физиологиялық жай-күйін тіркеу журналы

Журнал регистрации эколого-физиологического состояния популяций блох

Айлары, он-күндігі Месяцы, декады	Жиналған нысан Объект сбора	Қаралған бүрге Просмотрено блех	Алиментарлық белсенділігі Алиментарная активность	Дене майының даму сатысы Состояние жирового тела	Физиологиялық жасы Физиологический возраст

[illegible]

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
345-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
345-қосымша

Приложение 345
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 345/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 345/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

_____обаға қарсы күрес
станциясы
противочумная станция
_____обаға қарсы күрес бөлімшесі
противочумное отделение

обаға қарсы күрес

жасағы

противочумный отряд

Далалық материалды зерттеу хаттамасы
Протокол исследования полевого материала

Кеміргіш № /№ грызуна	Жинақ күні/ Дата сбора	Зерттеу күні / Дата ис- след.	Ме- кен- жай/ Адрес	Объ- ект / Объ- ект	Коло- ния № / № коло- нии	Ере- сектер / Взрос- лые		Жастар / Моло- дые		Семізді- гі / Упи- тан- ность	Қы- сыр /Яло- вая	Жүкті- лік /Бе- ремен- ность	Күшік- тенген /Оценив- шиеся
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

жалғасы / продолжение

Эмбриондар мөлше- рі/ Кол-во эмбрион	Резорб. эмбр. саны / Кол-во резорб.эмбр.	Гельмин- дер /Гель- минты	Паталогиялық-анатомиялық суреті/ Пата- логия анатомическая картина	Зерттеу нәтижесі		
				Результаты исследо- вания		
				Серология- лық		Бак- те- рио- ло- гия- лық
				Серологиче- ски		Бак- те- рио- ло- гиче- ски
				РН- ГА	РНАг (т)	
15	16	17	18	19	20	21

жалғасы / продолжение

суспензия №/ суспензия №	биосынама № нәтижесі / № биопробы результат	Буын аяқтылар / Членистоногие											
		Бүргелер түрлері / Блохи по видам											
												Анық- тау- сыз/ Без опред.	Бар- лық бүр- ге- лер /Все- го блех

22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

жалғасы / продолжение

Буын аяқтылар / Членистоногие						Суспензия себу № / № посевов суспензий	Себу сану/ Количество посевов	Коллек- циясы/ Коллек- ция	Бактериологиялық зерттеу нәти- жесі / Результаты бактериологиче- ского исслед
Кенелер түрлері / Клеши по видам									
				Анық- таусыз /Без опред.	Барлық ке- нелер/Все- го клещей				
38	39	40	41	42	43	44	45	46	47

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
346-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
346-қосымша

Приложение 346
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы (альбом)
Формат А4 (альбомный)

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 346/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 346/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Елді мекендерде кеміргіштердің болуын зерттеп-қарау тізімдемесі
Ведомость обследования населенных пунктов на наличие грызунов

20__ ж. «__» _____
тышқан тәріздес кеміргіштер мен паразиттердің болуына
_____ зерттеп-қарау

« » 20 Г.

[illegible]

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
347-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
347-қосымша

Приложение 347
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 347/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 347/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Елді мекендегі (жабық станция) жұмыстарды есепке алу күнделігі Дневник учета работ в населенном пункте (закрытая станция)

Күні /Дата _____
Елді мекен /Населенный пункт _____
Қарап-тексерілген объектілер/Осмотрено объектов _____
Ауданы м² / Площадь м² _____
Құрылысы/ Постройки _____
Желімді парақтар саны/Количество клеевых листов _____



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні	04.09.2026
Сактау күні	15.09.2026
Дата редакции	04.09.2026
Дата скачивания	15.09.2026

Бүргелер бар желімді парактар саны/

Количество клеевых листов с блохами _____

Жинақ жүргізді /Сбор проводил _____ (Т.А.Ә. (ол болған жағдайда))/ (Ф.И.О.(при его наличии))

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
349-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
349-қосымша

Приложение 349
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А5 Форматы
Формат А5

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 349/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 349/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

А5 Форматы кітапша 12

Формат А5 (книжный) № 12

**Конго-Қырым геморрагиялық қызбасына кенелерді зерттеуге арналған
жолдама**
**Направление на исследование клещей на Конго-Крымскую геморрагическую
лихорадку**

_____ зерттеу үшін (Для исследования) _____ түтіктер/құтылар саны (количество
пробирок/флаконов) _____ зертханасына жіберіледі(клещи).

Зертханаға (В лабораторию) _____

1. Елді мекеннің атауы, елді-мекені (Наименование населенного пункта) _____

2. Жиналған күні, айы, жылы (Дата сбора) _____

3. Сектордың шифры (Шифр сектора) _____

4. Координаттар (Координаты) N _____
E _____

5. Қарап-тексерілген ІҚМ (Осмотрено КРС): _____

6. Кенелер бар мал (Из них с клещами) _____

Көзбен шолу саны (кажеттісінің астын сызу) Визуальное число (нужное подчеркнуть):

өте төмен – 1 ден 10 кенеге дейін (очень низкое – от 1 до 10 клещей)

төмен – 11 ден 30 кенеге дейін (низкое – от 11 до 30 клещей)

орта – 31 ден 50 кенеге дейін (среднее – от 31 до 50 клещей)

жоғары – 51 ден 100 кенеге дейін (высокое – от 51 до 100 клещей)

өте жоғары – 101 ден жоғары (очень высокое – от 101 и выше)

7. Иесінің мекенжайы, Т.А.Ә.(ол болған жағдайда) (Адрес, Ф.И.О. (при его наличии) хозяина) _____

8. Зоолог (Зоолог) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
350-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
350-қосымша

Приложение 350
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы (альбом)
Формат А4 (альбомный)

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 350/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 350/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Кенелерді Конго-Қырым геморрагиялық қызбасына зерттеу нәтижелерін есепке алу журналы

Журнал учета результатов исследования клещей на Конго-Крымскую геморрагическую лихорадку

Жи- нау кү-	Зерт- теу күні	Жи- нау ор-	Объ- екті- лер	Ке- не- лері-	Кене түрлерінің ата- луы	Барлығы / Всего	Дернәсіл- дер /Ли- чинки	Ним- фа- лар /	Ана- лық- тар	Ата- лық- тар	Сус- пен- зия	Зерттеу н- желері (И
-------------------	----------------------	-------------------	----------------------	---------------------	-----------------------------	--------------------	--------------------------------	----------------------	---------------------	---------------------	---------------------	-------------------------

ні / Да- та сбо- ра	/ Да- та ис- сле- до- ва- ния	ны /Ад- рес сбо- ра	са- ны// Ко- ли- че- ство объ- ек- тов	мен/ с кле- ща- ми	Видовое название клетей							Ним- фы	/ Сам- ки	/ Сам- цы	се- бу № № по- се- вов сус- пен- зии	Результат следовани (ИФА)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
351-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
351-қосымша

Приложение 351
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 351/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 351/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Оба қоздырғышы штамының паспорты № _____

Паспорт штамма возбудителя чумы № _____

Микроб түрі (Вид микроба) _____
Штамм номері (Номер штамма) _____
Дәрігер бөліп алды (Выделено врачом) _____
Эпиджасак (эпидотряд) _____
Станция (бөлімше) Станция (отделение) _____
Неден (от) _____ Неден (от) _____
(кеміргіш түрі) (эктопаразит түрі, саны)

(вид грызуна) _____ (вид эктопаразита, кол-во) _____
Жынысы (Пол) _____ Жасы (Возраст) _____ Генерат.күйі (Генерат.состояние) _____
Ауланған орны: тарап алу, інге кірістер (Откуда добыты: очес, входы нор)

(подчеркнуть)
(астын сызу)

(Пойман или найден павшим) _____ қазу кезінде (при
раскопке) _____ ауланды немесе өлі табылды

(астын сызу) (подчеркнуть)

Жинау күні (Дата сбора) _____ Себу күні (Дата посева) _____

Өсірінді бөлінген күн (Дата выделения культуры) _____

Материал жиналған орын (Место сбора материала) _____
(ошақ, орын атауы, бірінші аудан шифры)

(очаг, название точки, шифр первичного района)

Паталогиялық-анатомиялық өзгерістер (Паталогоанатомические изменения):

Лимфа түйіндері (қандай) (Лимфатические узлы (какие)) _____

Бауыр (Печень) _____

Көкбауыр (Селезенка) _____

Өкпе (Легкие) _____

Басқа ағзалар (Другие органы) _____

Табиғи материалдың бактериоскопия нәтижесі (Результат бактериоскопии нативного материала)

Культураны бөлу әдісі (Способ выделения культуры) _____

Жұқтырылған биосынама туралы деректер (Данные о зараженной биопробе) _____

Жануар түрі (Вид животного) _____

Өлді (Пало.забито на) _____ тәулікте (астын сызу)
_____ сутки (подчеркнуть)

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования) _____

Бөлінген өсірінді сипаттамасы (Характеристика выделенной культуры)

(непосредственно от грызуна или эктопаразита)
(кеміргіштен не эктопаразиттен тікелей бөлінген)

Агарда өсу (Рост на агаре) (бірінші табақшалар) (первичные чашки):

А) Қандай агарға себу жасалды, қандай стимулятор, ингибитор қосылды (На какой агар сделан посев, какой
стимулятор, ингибитор добавлены) _____

Б) Оба микробы колонияларының саны (40-тан 100 колонияға дейін – көп; 100-ден жоғары – көп өсу; біріккен
колониялар – ағызып өсу) (количество колоний чумного микроба (от 40 до 100 колоний -
много; свыше 100-*обильный рост*; сплошной рост по ходу посева - *сливной рост*))

Көкбауыр/ селезенка	Бауыр/ печень	Қан/ кровь			

Г) өскен бөгде микроб колонияларының сипаттамасы (характеристика колоний выросших посторонних
микробов) _____

Сорпада өсу (Рост на бульоне) _____

Глицеринге қатынасы (Отношение к глицерину) _____

Оба фағына қатынасы (Отношение к чумному фагу) _____

Жалған туберкулез фағына қатынасы (Отношение к псевдотуберкулезному
фагу) _____

Бөлінген өсіріндіге бактериофагтың болуы (Наличие бактериофага к выделенной культуре) _____

ПТР нәтижесі (гендер бойынша бөлек) (Результаты ПЦР (отдельно по
генам)) _____

ИФТ нәтижесі (Результаты ИФА) _____

Өсіріндіні растады (Кто подтвердил культуру) _____

(фамилия, число, месяц)



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні	04.09.2026
Сактау күні	15.09.2026
Дата редакции	04.09.2026
Дата скачивания	15.09.2026

(тегі, күні, айы)

Өсіріндіні растаған дәрігердің қолы _____
(Подпись врача, подтвердившего культуру)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
352-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
352-қосымша

Приложение 352
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А6 Форматы
Формат А6

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 352/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 352/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

А6 Форматы (кітапша)

Формат А-6 (книжный)

Жиналған далалық материалдар тізімі
Опись добытого полевого материала

Кеміргіштердің түрі

Виды грызунов

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Ауланған күні:

Дата добычи

Ауланған орны:

Место добычи

Ұсталған кеміргіштердің жалпы саны

Общее количество пойманных грызунов

Өлген кеміргіштер табылды

Найдено павших грызунов

Қолы:

Подпись

Зерт-теп-қа-рау күні Дата об-сле-дова-ние	Есеп-ке алу пункт-ті/ Пункт учета	Зерт-теп-қа-рау объек-тілері (жану-ар түрле-рі, ін несі) Объ-екты обсле-дова-ния (виды жи-вот-ных, хоз. нор гнез-до)	Объектілер саны Кол-во объектов			Эктопаразиттердің түрлері Виды эктопаразитов																Барлығы Всего		Се-бу-лер По-се-вы
			Бар-лы-ғы/ все-го	бұр-гесі бар/ с бло-ха-ми	ке-несі бар/ с кле-ща-ми																	Бұр-ге/ блох	Кене/ Кле-щи	

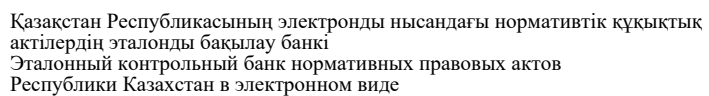
жалғасы / продолжение

Барлығы Всего	Индекс		Себулер Посевы			
Кене/ Клеши	К О	К В	Бұргеден блох		Кенеден клеши	
			Тобы гр.	Жеке инд.	Тобы гр.	Жеке Инд.

[illegible]

Нысан
Форма
А4 Форматы (альбом)
Формат А-4 (альбомный)

[illegible]



Редакциялау күні	04.09.2026
Сақтау күні	15.09.2026
Дата редакции	04.09.2026
Дата скачивания	15.09.2026

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
356-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
356-қосымша

Приложение 356
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы (кітапша)
Формат А4(книжный)

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 356/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 356/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Зерттеп-қаралған учаске бойынша ақпарат Информация по обследованному участку

- 1)Учаске атауы (сынама алынған орын) Наименование участка (место забора пробы) _____
- 2)Зерттеп-қарау күні, айы, жылы (Дата обследования число, месяц, год) _____
- 3)Секторы (Сектор) _____
- 4)Координаттары (Координаты) _____
- 5)Үлкен құмтышқанның қонысы (Поселение большой песчанки) _____
- 6) км2-ге үлкен құмтышқандар колонияларының тығыздығы (Плотность колоний Б/п на/ км² _____
- 6)Колониялардағы тіршілік көзі (Обитаемость колоний) _____

- 7) км²-ге үлкен құмтышқандар саны (Число больших песчанок, на/км²) _____
- 8) Колониялардағы үлкен құмтышқандар саны
Число песчанок на колонию _____
- 9) Қосалқы таратушылардың қақпанға түсу %-ы Попадаемость второст. носителей на давилки % _____
- 10) Үйлер, киіз үйлер және т.б. саны
Число домов, юрт, и др _____
- 11) Адамдардың болуы (Наличие людей) _____
- а) қызмет түрі
род занятий _____
- б) обаға қарсы егілгендер
привитые против чумы _____
- 13) Аталған учаскеге келген уақыты
Время пребывания на данном участке _____
- 14) Түйелердің болуы
Наличие верблюдов _____
- а) обаға қарсы егілгендер
Привитые против чумы _____
- б) жайылым жері
Место выпаса _____
- 15) Елді мекенде зерттеп-қаралды _____
Обследовано в населенном пункте _____
- м2 кеміргіштермен зақымдануға
- на зараженность грызунами м2 _____
- м² кеміргіштермен
С грызунами м² _____
- м² бүргелермен зақымдануға
на пораженность блохами м² _____
- м² бүргелермен
С блохами м² _____
- д) дератизация м²
дератизация м² _____
- е) дезинсекция м² дезинсекция м² _____
- 16) Санитариялық – ағарту жұмысы жүргізілді
Проведена санитарно просветительная работа _____
- а) оқылған дәріс саны/қамтылған адамдар
прочитано лекций количество /охвачено людей _____
- б) өткізілген әңгімелер саны/ қамтылған адамдар
проведено бесед количество /охвачено людей _____
- в) таратылған ұнпарақтар, кітапшалар саны/ қамтылған адамдар
роздано листовок ,брошюр. количество / охвачено людей _____
- 17) Ескертпе (Примечание) _____
- Зоологтың Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии) зоолога _____
колы (подпись), күні (дата) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
357-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
357-қосымша

Приложение 357
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 357/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 357/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Жұқпалы блокқа кіру журналы
Журнал посещения заразного блока

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

р /с №	Күні / Да- та	Лауа- зымы /					
--------------	---------------------	--------------------	--	--	--	--	--

№ п /п		Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) / Фамилия, Имя, Отчество (при его нали- чии)	Долж- ность	Орындалған жұ- мыстың сипаты / Ха- рактер выполняемых работ	Жұмыстың ба- сталған уақыты / Время начала ра- боты	Жұмыстың аяқталған уақыты / Время заверше- ния работы Спросить Объяснить	Қо- лы / Под- пись
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
358-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
358-қосымша

Приложение 358
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 358/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 358/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Қызметкерлердің температуралық режимін тіркеу журналы
Журнал регистрации температурного режима сотрудников

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

№	Лауазымы / Должность	
---	-------------------------	--

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
359-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
359-қосымша

Приложение 359
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 359/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 359/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

**Патогендігі І-ІІ топтардағы патогенді биологиялық агенттерді және
патогендігі ІІІ-ІV топтардағы коллекциялық микроорганизмдерді
микробиологиялық зертхана (ұйым) шегінде беру актілерін тіркеу журналы**

**Журнал регистрации актов передачи патогенных биологических агентов І–ІІ
групп патогенности и коллекционных микроорганизмов ІІІ–ІV групп
патогенности в пределах микробиологической лаборатории (организации)**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

р/с № №п /п	Тір- кеу № және күні № и дата реги- стра- ции	Талап қайдан тү- сті (зертхана, бө- лімше атауы) Откуда поступи- ло требование (название лабора- тории, Отде- лений)	Өкім- ді кім берді (күні және тір- кеу №) Кем дано рас- поря- же- ние (дата и ре- ги- стра- цион- ный №)	Микроор- ганизі мнің атауы (штамдар №) Наимено- вание мик- роорганиз- ма (№ штаммов)	Жіберілген ыдыс саны (ыдыстың, қаптаманың түрі) Количество отпущенных емкостей (вид посуды, упа- ковки)	Мик- роор- ганизі мді бер- ген күн Дата выда- чи мик- роор- ганиз- ма	Өсіріндіні беретін адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдай- да), лауазымы, қо- лы Ф.И.О. (при его на- личии), долж- ность, подпись ли- ца, передающего культуру	Өсіріндіні алған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдай- да), лауазымы, қо- лы Ф.И.О. (при его наличии), долж- ность, подпись ли- ца получившего культуру
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
360-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
360-қосымша

Приложение 360
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 360/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 360/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Патогенді микроорганизмдерді жою актілерін тіркеу журналы
Журнал регистрации актов уничтожения патогенных микроорганизмов

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

р /с №	Жою- ю- ды	Өсіріндіні жоюға өкім берген адам- ның Т.А.Ә.(ол	Жою ту- ралы өкім	Микро- орга- низмдер-	Жою әдісі / Метод уничтожения	Көле- мі мен	Жоюға қатысқан қызметкерлердің Т.А.Ә.(ол болған
--------	------------------	--	-------------------------	-----------------------------	----------------------------------	--------------------	---

№ п /п	тір- кеу № № ре- ги- стра- ции уни- что- же- ния	Өсін- діні жою күні Дата уни- что- же- ния куль- ту- ры	болған жағдайда), лауазымы Ф.И.О. (при его на- личии), должность лица давшего распо- ряжение на уничто- жение культуры	(номері, күні) Распоря- жение на уни- чтоже- ние (но- мер, да- та)	дің ата- уы Наиме- нование микро- organiz- мов	Авто- клав ре- жимі (қысым- сыздандыру уа- қыты (экспози- циясы)/ Авто- клав ре- жим (пропи- сать давле- ние, время)	Дезинфекция- лық ертіндінің атауы, залал- сыздандыру уа- қыты (экспози- циясы)/ Наименование дезинфекцион- ного раствора, время экспози- ции	ыдыс түрі Коли- че- ство и вид емко- сти	жағдайда), лауа- зымы, қолы Ф.И.О.(при его наличии), долж- ности, подписи специалистов принявших уча- стие в уничтоже- ний
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
361-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
361-қосымша

Приложение 361
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 361/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 361/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

**Патогенді микроорганизмдер салынған ыдыстарды ашу актілерін тіркеу
журналы**
**Журнал регистрации актов вскрытия емкостей с патогенными
микроорганизмами**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

№пп	Ашу актісінің тіркеу № № регистрации акта вскрытия	Ашу күні Дата вскрытия	Ұйымға жеткізілген күні День доставки в организацию	Ұйымнан жөнелтілген күні День отправки организации	Ұйым басшысының рұқсатының шығыс номері, күні Исходящий номер, дата разрешения руководителя организации	Микроорганизмнің атаулары, нөмірлері Наименования, номера микроорганизма	Объект атауы және саны Наименование и количество объекта	Өсіріндіні қабылдаған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы Ф.И.О. (при его наличии), должность, подпись лиц принявшего культуру
1	2	3	4	5	6	7	8	9

[illegible]

[illegible]

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
363-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
363-қосымша

Приложение 363
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 363/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 363/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Виварий жануарларының санын күн сайын тіркеу журналы
Журнал ежедневной регистрации количества животных вивария

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

НҚА-ға сәйкес сақтау мерзімі/Срок хранения согласно НПА:

--	--	--	--

№	Жылы, айы, күні, Год, месяц, день	Саны/Количество					Қызметкердің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы Ф.И.О. (при его наличии), должность, подпись работника
		Күннің басында — На нача- ло дня ____	Өл- ті- рілді Уби- то	Өздігі- нен өл- гені Пало	Бөлімшелерге, эпидемиологиялық жа- сақтарға және т.б. жіберілді Отправлено в отделения, эпидемиоло- гические отряды и т.д.)	Қал- дык Оста- ток	
1	2	3	4	5	6	7	8
Ақ тышқандар (Белые мыши)							
Теңіз шошқасы (Морская свинка)							
Қояндар (Кролики)							
Қойлар (Овцы)							
Тағы басқа жануар түрі (Другие виды животных)							

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы «__» _____
№ ____ бұйрығына
364-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
364-қосымша

Приложение 364
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 364/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 364/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Қоректік орталардың жарамдылығын бақылау журналы

Журнал контроля пригодности питательных сред

Тір- кеу № № ре- ги-	Кү- ні Да- та	Орта- ның ата- уы На- име-	Өндіру- ші, сери- ясы, сал- мағы Произво	Жа- рам- ды- лық мерзі- мі	Дай- ын- дал- ған кү- ні	Ба- қы- лау тү- рі	Тест- штамм- дар Тест - штам- мы	Себу доза- сы По- севная доза	Инкубация шарттары Условия ин- кубаций	Зерт- теу нәти- жесі Ре- зульт-	Қо- ры- тын- ды За- клю-	Күні және жауапты адамның Т.А. Ә. (ол болған жағ- дайда)
-------------------------------------	------------------------	---	--	---	---	--------------------------------	---	---	---	--	---	---

стра- ции		нова- ние среды	дитель серия, вес	Срок год- ности	Да- та при- го- тов ле- ния	Вид кон- тро- ля				тат ис- сле- дова- ния	че- ние	Дата и Ф.И. О. (при его наличии) от- ветственного лица
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Ескертпе (Примечание):

Құжат электронды түрде толтырылған жағдайда қағаз түрінде толтыруды қажет етпейді және «___данада толтырылды» деген бөлігі толтырылмайды.

Не требует заполнения на бумажном носителе если документ заполняется в электронном виде и раздел «составлен в _____ экземплярах» не заполняется.