

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

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

БҰЙЫРАМЫН:

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

1-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

"1. Мыналар:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 12) осы бұйрыққа 12-қосымшаға сәйкес иммундаудан кейінгі қолайсыз көрініс жағдайын тергеп-тексеру нәтижелері туралы актінің нысаны;
- 13) осы бұйрыққа 13-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласында тергеп-тексеру тағайындау туралы актінің нысаны;
- 14) осы бұйрыққа 14-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру мерзімдерін ұзарту туралы актінің нысаны;
- 15) осы бұйрыққа 15-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру нәтижелері туралы актінің нысаны;
- 16) осы бұйрыққа 16-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алуды тағайындау туралы актінің нысаны;
- 17) осы бұйрыққа 17-қосымшаға сәйкес өнімді (тауарды) сатып алу актісінің нысаны;
- 18) осы бұйрыққа 18-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алу нәтижелері туралы актінің нысаны;
- 19) осы бұйрыққа 19-қосымшаға сәйкес вирусологиялық зерттеуге жолдаманың нысаны;
- 20) осы бұйрыққа 20-қосымшаға сәйкес дезинфекциялау камерасына жолдаманың нысаны;
- 21) осы бұйрыққа 21-қосымшаға сәйкес вирустық гепатиттердің маркерлеріне қанды зерттеуге жолдаманың нысаны;
- 22) осы бұйрыққа 22-қосымшаға сәйкес сынама үлгілерін вирусологиялық зерттеуге жолдаманың нысаны;
- 23) осы бұйрыққа 23-қосымшаға сәйкес материалды (зерттелушіден, науқас адамнан) қызылша мен қызамыққа зерттеуге жолдаманың нысаны;
- 24) осы бұйрыққа 24-қосымшаға сәйкес санитариялық-паразитологиялық зерттеуге жолдаманың нысаны;
- 25) осы бұйрыққа 25-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған материалды микробиологиялық зерттеуге жолдаманың нысаны;
- 26) осы бұйрыққа 26-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған материалды зерттеуге жолдаманың нысаны;
- 27) осы бұйрыққа 27-қосымшаға сәйкес материалды тырысқақ қоздырғышының болуына зерттеуге жолдаманың нысаны;
- 28) осы бұйрыққа 28-қосымшаға сәйкес материалды тырысқақ қоздырғышының болуына зерттеу нәтижесінің нысаны;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 47) осы бұйрыққа 47-қосымшаға сәйкес дезинфекциялау құралдарын зерттеу хаттамасының нысаны;
- 48) осы бұйрыққа 48-қосымшаға сәйкес (инфекция түріне) серологиялық зерттеулер нәтижесінің нысаны;
- 49) осы бұйрыққа 49-қосымшаға сәйкес үлгілерді санитариялық вирусологияға зерттеу хаттамасының нысаны;
- 50) осы бұйрыққа 50-қосымшаға сәйкес (инфекция түрі) үлгілерді зерттеу нәтижесінің нысаны;
- 51) осы бұйрыққа 51-қосымшаға сәйкес ағаш шикізаты мен ағаштан жасалған бұйымдардың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны;
- 52) осы бұйрыққа 52-қосымшаға сәйкес топырақтың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны;
- 53) осы бұйрыққа 53-қосымшаға сәйкес құрылыс материалдары мен бұйымдарының радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны;
- 54) осы бұйрыққа 54-қосымшаға сәйкес тыңайтқыштардың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны;
- 55) осы бұйрыққа 55-қосымшаға сәйкес қоршаған орта объектілерінің және өндіріс қалдықтарының радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны;
- 56) осы бұйрыққа 56-қосымшаға сәйкес судың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны;
- 57) осы бұйрыққа 57-қосымшаға сәйкес жұмыс орындарын дозиметриялық бақылау хаттамасының нысаны;
- 58) осы бұйрыққа 58-қосымшаға сәйкес дозиметриялық бақылау хаттамасының нысаны;
- 59) осы бұйрыққа 59-қосымшаға сәйкес атмосфералық ауаның және жауын-шашынның радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны;
- 60) осы бұйрыққа 60-қосымшаға сәйкес висцеральды және тері лейшманиозына зерттеу хаттамасының нысаны;
- 61) осы бұйрыққа 61-қосымшаға сәйкес емшек сүтін зерттеу хаттамасының нысаны;
- 62) осы бұйрыққа 62-қосымшаға сәйкес ашық түрдегі радиоактивті заттармен жұмыс кезіндегі дозиметриялық және радиометриялық өлшеулер хаттамасының нысаны;
- 63) осы бұйрыққа 63-қосымшаға сәйкес рентген кабинетіндегі рентген сәулесін дозиметриялық өлшеу хаттамасының нысаны;
- 64) осы бұйрыққа 64-қосымшаға сәйкес металды, металдан жасалған бұйымдарды және металл сынықтарын дозиметриялық бақылау хаттамасының нысаны;
- 65) осы бұйрыққа 65-қосымшаға сәйкес үй-жайлар ауасында радонның және оның ыдырау өнімдерінің болуын өлшеу хаттамасының нысаны;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 84) осы бұйрыққа 84-қосымшаға сәйкес перианалдық қатпардан алынған қырындыны зерттеу нәтижесінің нысаны;
- 85) осы бұйрыққа 85-қосымшаға сәйкес нәжісті, перианалдық қатпардан алынған қырындыларды паразитологиялық зерттеу нәтижесінің нысаны;
- 86) осы бұйрыққа 86-қосымшаға сәйкес қанды безгекке зерттеу нәтижесінің нысаны ;
- 87) осы бұйрыққа 87-қосымшаға сәйкес паразиттік ауруларды серологиялық зерттеулер нәтижесінің нысаны;
- 88) осы бұйрыққа 88-қосымшаға сәйкес санитариялық-паразитологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;
- 89) осы бұйрыққа 89-қосымшаға сәйкес топырақ үлгілерін зерттеу хаттамасының нысаны;
- 90) осы бұйрыққа 90-қосымшаға сәйкес дайын тағамдардың, рациондардың құнарлығын зерттеу хаттамасының нысаны;
- 91) осы бұйрыққа 91-қосымшаға сәйкес қоректік орталардың сапасын зерттеу хаттамасының нысаны;
- 92) осы бұйрыққа 92-қосымшаға сәйкес ауада радонның және оның ыдырауынан пайда болған өнімдердің болуын өлшеу (топырақ бетінен алынған радонның ағымдық тығыздығын өлшеу) хаттамасының нысаны;
- 93) осы бұйрыққа 93-қосымшаға сәйкес өнеркәсіп кәсіпорындарындағы өлшеулер хаттамасының нысаны;
- 94) осы бұйрыққа 94-қосымшаға сәйкес шаң үлгілерін зерттеу хаттамасының нысаны;
- 95) осы бұйрыққа 95-қосымшаға сәйкес әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттаманың нысаны;
- 96) осы бұйрыққа 96-қосымшаға сәйкес құқықтарды түсіндіру хаттамасының нысаны;
- 97) осы бұйрыққа 97-қосымшаға сәйкес адамдарды жұмыстан уақытша шеттету жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысының нысаны;
- 98) осы бұйрыққа 98-қосымшаға сәйкес инфекциялық және паразиттік аурулармен ауыратын науқаспен тығыз байланыста болған адамдарды жұмыстан (оқудан) уақытша шеттету туралы қаулының нысаны;
- 99) осы бұйрыққа 99-қосымшаға сәйкес бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау жөніндегі қызметін немесе оның жекелеген түрлерін (процестерін, іс-әрекеттерін) тоқтата тұру туралы жедел ден қою шарасын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысының нысаны;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

жүргізу туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналының нысаны;

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

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

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

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

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

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

117) осы бұйрыққа 117-қосымшаға сәйкес кәсіптік аурулар мен 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 трансклутаминазаны 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 152-қосымшаға сәйкес сынаққа жарамсыз сынамаларды (үлгілерді) тіркеу (бракераж) журналының нысаны;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

165) осы бұйрыққа 165-қосымшаға сәйкес Анофелес 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 электромагниттік 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 өңдеуді тіркеу журналының нысаны;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

251) осы бұйрыққа 251-қосымшаға сәйкес тамақтан 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 зертханашілік бақылауды (шайындыларды) тіркеу журналының нысаны;
- 263) осы бұйрыққа 263-қосымшаға сәйкес гнус имагосы санының серпінін есепке алу журналының нысаны;
- 264) осы бұйрыққа 264-қосымшаға сәйкес гнус дернәсілдері санының маусымдық серпінін есепке алу журналының нысаны;
- 265) осы бұйрыққа 265-қосымшаға сәйкес кенелер имагосы санының серпінін есепке алу журналының нысаны;
- 266) осы бұйрыққа 266-қосымшаға сәйкес энтомофаунаны және кенелерді фенологиялық бақылауды есепке алу журналының нысаны;
- 267) осы бұйрыққа 267-қосымшаға сәйкес аса қауіпті инфекциялар қоздырғыштарына дезинфекциялау құралдарының микробқа қарсы белсенділігінің сынақтарын тіркеу журналының нысаны;
- 268) осы бұйрыққа 268-қосымшаға сәйкес метеорологиялық факторларды өлшеу және зерттеу нәтижелерін беруді тіркеу журналының нысаны;
- 269) осы бұйрыққа 269-қосымшаға сәйкес жануарлардың тістеуінен, сілекейінің жұғуынан, тырнауынан зардап шеккен адамдарды тіркеу журналының нысаны;
- 270) осы бұйрыққа 270-қосымшаға сәйкес сүтқоректілерді тарағанда түскен эктопаразиттерді тіркеу журналының нысаны;
- 271) осы бұйрыққа 271-қосымшаға сәйкес дефектоскоптарды, иондаушы сәулелену көздерін және спектрометрлерді дозиметриялық бақылауды есепке алу журналының нысаны;
- 272) осы бұйрыққа 272-қосымшаға сәйкес мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау органдарының инфекциялық және паразиттік ауруларды есепке алу журналының нысаны;
- 273) осы бұйрыққа 273-қосымшаға сәйкес спектрометриялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;
- 274) осы бұйрыққа 274-қосымшаға сәйкес өнеркәсіптік объектілерді зерттеп-қарауды тіркеу журналының нысаны;
- 275) осы бұйрыққа 275-қосымшаға сәйкес рентген кабинеттерінде жүргізілген өлшеулерді тіркеу журналының нысаны;
- 276) осы бұйрыққа 276-қосымшаға сәйкес қоршау конструкцияларының дыбыс оқшаулауын өлшеуді тіркеу журналының нысаны;
- 277) осы бұйрыққа 277-қосымшаға сәйкес әкімшілік құқық бұзушылықтар туралы хаттамаларды тіркеу журналының нысаны;
- 278) осы бұйрыққа 278-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексерулерді есепке алу журналының нысаны;

- 279) осы бұйрыққа 279-қосымшаға сәйкес ұсақ сүтқоректілердің санын есепке алудың далалық журналының нысаны;
- 280) осы бұйрыққа 280-қосымшаға сәйкес кәсіптік ауруды (улануларды) есепке алу картасының нысаны;
- 281) осы бұйрыққа 281-қосымшаға сәйкес инфекциялық және паразиттік ауру ошағын эпидемиологиялық зерттеп-қарау картасының нысаны;
- 282) осы бұйрыққа 282-қосымшаға сәйкес зоонозды ауру ошағын эпизоотологиялық-эпидемиологиялық зерттеп-қарау картасының нысаны;
- 283) осы бұйрыққа 283-қосымшаға сәйкес туберкулездің бациллалық түрінің ошағын эпидемиологиялық зерттеп-қарау картасының нысаны;
- 284) осы бұйрыққа 284-қосымшаға сәйкес іш сүзегінің, А, В паратифтерінің бактерияларын тасымалдаушыны есепке алу картасының нысаны;
- 285) осы бұйрыққа 285-қосымшаға сәйкес жануардың тістеуінен, сілекейі жұғуынан, тырнауынан зардап шегуші адамның оқиғасын эпидемиологиялық тергеп-тексеру картасының нысаны;
- 286) осы бұйрыққа 286-қосымшаға сәйкес инфекциялық ауру ошағында ағымдағы дезинфекциялауды бақылау картасының нысаны;
- 287) осы бұйрыққа 287-қосымшаға сәйкес медициналық және басқа да ұйымдарда ағымдағы дезинфекциялауды ұйымдастыру мен жүргізуді бақылау картасының нысаны ;
- 288) осы бұйрыққа 288-қосымшаға сәйкес дезинсекциялауға, дератизациялауға берілетін наряд нысаны;
- 289) осы бұйрыққа 289-қосымшаға сәйкес қорытынды дезинфекциялауға берілетін наряд нысаны;
- 290) осы бұйрыққа 290-қосымшаға сәйкес иммундық-ферменттік талдау нәтижесінің нысаны;
- 291) осы бұйрыққа 291-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған материалдарды бактериологиялық зерттеу және микробтарға қарсы қолданылатын препараттарға сезімталдықты анықтау нәтижесінің нысаны;
- 292) осы бұйрыққа 292-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған материалдарды серологиялық зерттеу нәтижесінің нысаны;
- 293) осы бұйрыққа 293-қосымшаға микробтарға қарсы препараттарға сезімталдықты анықтау нәтижесінің нысаны;
- 294) осы бұйрыққа 294-қосымшаға сәйкес полимеразды тізбекті реакция нәтижесінің нысаны;
- 295) осы бұйрыққа 295-қосымшаға сәйкес санитариялық-эпидемиологиялық қорытындының нысаны;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

322) осы бұйрыққа 322-қосымшаға сәйкес 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. Алыназарова

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № ____ 001/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 002/y Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года № _____

Биотесттерді алу актісі Акт отбора биотестов

(от) " " _____ 20____ ж. (г.)

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

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

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

4. Дезинфекциялық камераның атауы (Наименование дезинфекционной камеры) _____

5. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора) _____

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

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

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

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____

10. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

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

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

Қолы (Подпись) _____

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

Қолы (Подпись) _____

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
3-қосымша

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 003 /е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 003/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ года № _____</p>

Шайындыларды алу актісі Акт отбора смывов

(от) " " _____ 20____ ж. (г.)

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

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

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

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

5. Үлгіні алу мақсаты (Цель отбора образца) _____

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

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

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

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____

10. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

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

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

Қолы (Подпись) _____

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

(при его наличии) производившего отбор образцов) _____

Қолы (Подпись) _____

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
4-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

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

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

Су үлгілерін алу актісі Акт отбора образцов воды

(от) " __ " ____ 20 __ ж. (г.)

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

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

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

4. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

5. Үлгіні алу мақсаты (Цель отбора образца) _____

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

7. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

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

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

10. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____

11. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____

12. Таңбалау (маркировка) _____

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

14. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

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

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

Қолы (Подпись) _____

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

Қолы (Подпись) _____

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

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

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

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

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" "___" №__ бұйрығымен бекітілген № 005/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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

A4 Форматы

Формат A4

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

Топырақ үлгілерін алу актісі Акт отбора образцов почвы

(от) "____" _____ 20__ ж. (г.)

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

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

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

4. Сынама алынған орын (Место отбора) _____

5. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора) _____

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

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

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

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

10. Сақтау шарттары (Условия хранения)

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

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

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

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

Қолы (Подпись)

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

Қолы (Подпись)

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

*Құжат электрондық түрде толтырылған жағдайда қағаз жеткізгіште толтыруды талап

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

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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 007/y Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года № _____

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

(от) _____ 20 _____ жыл (год)

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

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

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

4. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

5. Үлгіні алу мақсаты (Цель отбора образца) _____

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

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

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

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____

10. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____

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

12. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Тіркеу нөмірі (Регистрацио нный номер)	Алынған үлгілердің тізбесі (Перечень отобранных образцов)	Өнім өндірушісін ің атауы, оның мекенжайы (Наименован и е производит е л я продукции, его адрес)	Алынған өнімнің саны, салмағы, көлемі (Количество , вес, объем отобранной продукции)	Өндірілген күні (Дата производств а)	Жарамдылы қ 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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 008/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20____ года №_____

Радиоактивтілікті зерттеуге үлгілерді алу актісі Акт отбора образцов на исследование радиоактивности

№ _____ (от) " " _____ 20____ ж. (г.)

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

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

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

4. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

5. Үлгіні алу мақсаты (Цель отбора образца) _____

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

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

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

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

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Алынған үлгілер тізбесі (Перечень отобранных образцов)	Алынған үлгілер саны (Количество отобранных образцов)	Үлгінің салмағы, көлемі (Вес, объем образца)	Қаптаманың түрі мен мөрдің (пломба) нөмірі (Вид упаковки и номер печати (плومбы))
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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 009/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20____ _____ года № _____

Дезинфекциялау заттарының сынамаларын алу актісі Акт отбора проб дезинфицирующих средств

(от) " " _____ 20____ ж. (г.)

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

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

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

—
4. Сынама алу орны (Место отбора) _____

—
5. Сынама алу мақсаты (Цель отбора) _____

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

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

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

—
9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____

—
10. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____

—
11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

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

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

—
Қолы (Подпись) _____

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

—
Қолы (Подпись) _____

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
10-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
10-қосымша
Приложение 10
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

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

(от) " " _____ 20 ____ ж. (г.)

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

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

—

3. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

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

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

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

7. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____

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

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

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

Қолы (Подпись) _____

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

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

Қолы (Подпись) _____

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

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

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

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

Приложение 11 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Кенелердің сынамаларын алу актісі Акт отбора проб клещей

(от) "___" _____ 20__ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Субъектінің БСН-і/ЖСН-і (БИН субъекта) _____
3. Кенені тапсырған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)
) лица, который сдал клеща на анализ). ЖСН-і (ИИН) _____
4. Тұрғылықты мекенжайы (адрес проживания) _____
5. Тексеруді тағайындау туралы актінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о
назначении проверки) _____
6. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____
7. Үлгіні алу мақсаты (Цель отбора образца) _____
8. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____

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

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

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

12. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____

13. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____

14. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгі № (образца)	Елді мекеннің атауы, мекенжайы (Наименование населенного пункта, адрес)	Кенесаны (барлығы) (Количество клещей) (всего)	Сыртқы ортадан жиналған кенелер Собрано клещей от внешней среды						Адамнан алынған кенелер Клещи снятые с людей
				Мал корадан (В скотных помещениях)	Жануардан (От животного)	Даладан (На природе)	Ошақта (Из очага)	Басқа жерден (Другие места)	Алынған сынамалар атауы, кененің түрі және жынысы / Наименование отобранных образцов, вид и пол 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

Х а л ы қ т ы ң
санитариялық-эпидемиологиялық
саламаттылығы саласындағы

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің 20__
жылғы " " _____ № ____
бұйрығымен бекітілген № 012
/е нысанды медициналық
құжаттама

Медицинская документация
Форма № 012/у

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

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

Иммундаудан кейінгі қолайсыз көрініс жағдайын тергеп-тексеру нәтижелері туралы
 акті

Акт о результатах расследования случая неблагоприятного проявления после
 иммунизации

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

А БӨЛІМІ Негізгі ақпарат	
Раздел А Базовая информация	
Өңір/ облыс Аудан 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 ТАӨ (ол болған жағдайда): ФИО (при его наличии) лица, составившего отчет:	Тергеп-тексеру күні: ___ / ___ / _____ Дата расследования: ___ / ___ / _____ Нысанды толтыру күні: ___ / ___ / _____ Дата заполнения формы: ___ / ___ / _____
Лауазымы: Должность:	Бұл есеп: Этот отчет: Алғашқы первичный Аралық промежуточный соңғы окончательный
Тел. (стационарлық) (коды бар): Моб. тел.: Тел. (стационарный) (с кодом): Моб. тел.:	e-mail:
Пациенттің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Жынысы (пол): Е (М) Ә (Ж) Ф.И.О. (при его наличии) пациента	
(кластердегі әрбір жағдай үшін жеке пішіндерді толтырыңыз) (заполните отдельные формы на каждый случай в кластере) Туған күні (КК/АА/ЖЖЖЖ): ___ / ___ / _____ Дата рождения (ДД/ММ/ГГГГ): ___ / ___ / _____ Немесе 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 тұрғылықты мекен жайы:

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

Вакцинал ардың/пациентке енгізілген вакцинал арды сұйылтуға арналған еріткіштердің атаулары Названия вакцин/растворителей для разведения вакцин, введенных пациенту	Вакцинация күні Д а т а вакцинации	Вакцинация уақыты В р е м я 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

				Еріткіш/Растворитель	Еріткіш/ Раствори тель
--	--	--	--	----------------------	------------------------------

Егу пунктiнiң түрі () Стационарлық Мобильді Көшпелі Басқа _____

Тип прививочного пункта () Стационарный Мобильный Выездной Другое _____

Бірінші / негізгі симптомның даму күні (КК/АА/ЖЖЖЖ): ____ / ____ / ____ Уақыт (сағ / мм) ____ / ____

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

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

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

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

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

Тергеп-тексеру күніндегі жағдай (): Қайтыс болды Мүгедектік Сауығу процесі

Состояние на дату расследования Умер Инвалидность Процесс выздоровления

Толық сауығу Белгісіз

Полное выздоровление Неизвестно

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

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

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

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

уақыты (время) _____

Қорытындыны қоса беріңіз (бар болса)

Приложите заключение (если имеется)

В БӨЛІМІ Алдыңғы анамнез (вакцинацияға дейін)

РАЗДЕЛ В Предшествующий анамнез (до вакцинации)

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

Пациент қазіргі уақытта басқа себеппен дәрі-дәрмек терапиясын алып жатыр ма?/ Пациент получает лекарственную терапию в настоящее время по другой причине? (Егер солай болса, дәрі-дәрмектерді, оны қолдануға арналған көрсетілімдерді, дозалары мен емдеу мерзімдерін көрсетіңіз)(Если да, укажите ЛС, показания к его применению, дозы и сроки лечения)	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
Кез келген ауру (осы 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)	
Бала туу жасындағы әйелдер үшін Для женщин детородного возраста • Қазіргі уақытта жүкті ме? Беременность в настоящее время? Иә (Да) мерзімі аптамен (срок в неделях) _____ / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно) • Қазіргі уақытта емшек сүтімен тамақтандырасыз ба? Грудное вскармливание в настоящее время? Иә (Да) / Жоқ (Нет)		
Емшек жасындағы сәбилер үшін Для детей грудного возраста Туған мерзімінде мерзімінен бұрын мерзімінен кейін Туған кездегі дене салмағы: Родился в срок недоношенным переносенным Масса тела при рождении: Босану қалыпты кесар тілігі тәсілмен (қысқыштар, вакуум және т. б.) асқынуден (көрсетіңіз) Роды нормальные кесарево сечение способом (щипцы, вакуум и т.д.) осложненные (укажите)		
С БӨЛІМІ Бірінші тексерудің нәтижелері ** ИКҚК ауыр жағдайы РАЗДЕЛ С Результаты первого обследования ** серьезного случая НППИ		
Ақпарат көзі (барлық қажетті): Тергеп- тексеру маманының тексеруі Источник информации (все нужно) : Осмотр специалистом по расследованию Құжаттама Вербалды аутопсия Басқа _____ Документация Вербальная аутопсия Другое Егер вербалды аутопсия болса - дереккөзді көрсетіңіз (Если вербальная аутопсия – укажите источник)_____ _____		
Пациентті бірінші тексерген/емдеген адамның ТАӘ (ол болған жағдайда):/ ФИО (при его наличии) лица, который первым осматривал/лечил пациента: _____ _____		
Пациентті емдеуді жүргізетін басқа адамдардың ТАӘ (ол болған жағдайда):/ ФИО (при его наличии) других лиц, проводящих лечение пациента: _____ _____		
Ақпарат берген басқа көздер (көрсетіңіз):/Другие источники, предоставившие информацию (укажите): _____ _____		
Вакцинациялау сәтінен бастап белгілері мен симптомдары хронологиялық тәртіппен:/Признаки и симптомы в хронологическом порядке, начиная с момента вакцинации:		
Осы клиникалық ақпаратты ұсынатын тұлғаның ТАӘ (ол болған жағдайда) және байланыс ақпараты (ФИО (при его наличии) и контактная информация лица, предоставляющего эту клиническую информацию):	Лауазымы (Должность):	Күні / уақыты (Дата/ время)

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

**** Инструкции – Приложите копии ВСЕХ имеющихся документов (включая историю болезни, выписной эпикриз, промежуточные заключения, результаты лабораторных анализов и заключение по результатам патологоанатомического исследования), а затем укажите дополнительную информацию, НЕ СОДЕРЖАЩУЮСЯ в этих документах, т.е.:**

• Егер пациент медициналық көмек алған болса - барлық қолда бар құжаттардың (ауру тарихын, жазылған эпикризді, зертханалық талдау нәтижелерін және егер бар болса, патологиялық-анатомиялық зерттеу нәтижелері бойынша қорытындыны қоса алғанда) көшірмелерін қоса беріңіз және төменде қоса берілген құжаттарда жоқ ақпаратты ғана жазыңыз. Если пациент получал медицинскую помощь, приложите копии всех имеющихся документов (включая историю болезни, выписной эпикриз, результаты лабораторных анализов и заключение по результатам патологоанатомического исследования, если имеются) и запишите ниже только ту информацию, которая не содержится в прилагаемых документах.

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

Алдын ала / қорытынды диагноз:

Предварительный / окончательный диагноз:

D БӨЛІМІ ИҚКҚ-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 мекеме де әрбір антигепатит нағыздалған сандары (Число привитых каждым антигепатитом)	Вакцинан ың атауы Наименование вакцины								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

в учр ежд ени и в ход е сесс ии)	Енгізілге н дозалар саны Число введенны х доз									
Қол жеті мді бол са, тірк еу жур нал ын қоса бері ңіз (	При лож ите жур нал реги стра ции, есл и дост упе н)									
а) Пациентке вакцинация қашан жүргізілді? - БАРЛЫҚ сұрақтар үшін керектісін белгілеңіз Когда проводилась вакцинация пациента? отметьте нужное для ВСЕХ вопросов										
Сессия шеңберіндегі алғашқы екпелердің бірі Сессия шеңберіндегі соңғы екпелердің бірі Неизвестно Одна из первых прививок в рамках сессии Одна из последних прививок в рамках сессии Белгісіз										
Если использовались многодозовые флаконы, получил ли пациент Егер көп дозалы құтылар қолданылса, пациент одну из первых доз из флакона? одну из последних доз из флакона? Неизвестно құтыдан алғашқы дозалардың бірін алды ма? құтыдан соңғы дозалардың бірін алды ма? Белгісіз										
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?									Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (	

По результатам расследования считаете ли вы, что введенная вакцина (ее ингредиенты) могли быть нестерильными?	Невозможно оценить)
<p>d) Тергеп-тексеру нәтижелері бойынша вакцинаның физикалық жағдайы (мысалы, түсі, лайлануы, бөгде қоспалар және т. б.) енгізу кезінде сәйкес келмеді ме?</p> <p>По результатам расследования считаете ли вы, что физическое состояние вакцины (напр., цвет, мутность, инородные примеси и т.д.) было несоответствующим во время введения?</p>	<p>Иә (Да) / Жоқ (Нет)</p> <p>Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)</p>
<p>e) Тергеп-тексеру нәтижелері бойынша вакцинатор вакцинаны сұйылту/ дайындау кезінде қате жіберілді деп ойлайсыз ба (мысалы, дұрыс емес препарат, дұрыс емес еріткіш, дұрыс емес араластыру, шприцті дұрыс толтырмау және т. б.)?</p> <p>По результатам расследования считаете ли вы, что вакцинатором допущена ошибка при разведении/ подготовке вакцины (напр., неверный препарат, неверный растворитель, неправильное смешивание, неправильное заполнение шприца и т.д.)?</p>	<p>Иә (Да) / Жоқ (Нет)</p> <p>Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)</p>
<p>f) Тергеп-тексеру нәтижелері бойынша вакцинамен жұмыс істеу кезінде қате жіберілді деп ойлайсыз ба (мысалы, тасымалдау, сақтау және/немесе егу сессиясы барысында суық тізбек жағдайларының бұзылуы және т. б.)?</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) / 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) / 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</p> <p>. 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>k) 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>i. Егер иә болса, кластерде тағы қанша жағдай анықталды?</p> <p>Если да, сколько других случаев выявлено в кластере?</p>	
<p>a. 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) / Жоқ (Нет)</p> <p>Белгісіз</p> <p>Неизв.</p>
<p>b. Егер олай болмаса, зардап шеккендерді вакцинациялау үшін пайдаланылған құтылардың санын көрсетіңіз (толық ақпаратты бөлек көрсетіңіз)</p>	

Если нет, то укажите число флаконов, которые использовались для вакцинации пострадавших (подробную информацию укажите отдельно)	
---	--

Осы жауаптар бойынша түсініктемелерді міндетті түрде жеке парақтарда ұсыныңыз

Обязательно представьте разъяснения по этим ответам на отдельных листах

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

Қолданылатын шприцтер мен инелер:

Используемые шприцы и иглы:

• Вакцинация үшін өздігінен бұғатталатын (ӨБ) шприцтер қолданылады ма?	Иә (Да) / Жоқ (Нет)
Используются ли для вакцинации самоблокирующиеся (СБ) шприцы?	Белгісіз Неизв.

Олай болмаса, шприцтердің қандай түрлері қолданылатынын көрсетіңіз:

Если нет, укажите, какие применяются типы шприцев:

Шыны Бір реттік Бір рет қолданылатын, бірақ қайта қолданылатын

Басқа _____

Стеклянные Одноразовые Одноразовые, но применяемые повторно Другое _____

Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер:

Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:

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 вакцинаның бірнеше құтысын сұйылту үшін бір ш п р и ц қолданылады ма? Используется ли один и тот же шприц для разведения нескольких флаконов одной и той же вакцины?	Иә (Да)	Жоқ (Нет)	ҚК (НП)
Әртүрлі вакциналарды			

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

Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер:

Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:

F Бөлімі Суық тізбек және тасымалдау

Раздел F Холодовая цепь и транспортировка

(Бұл бөлімді сауалнамалар және/немесе іс жүзінде процедураларды бақылау нәтижелері бойынша толтырыңыз) (Заполните этот раздел по результатам расспросов и/или наблюдения за процедурами на практике)

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 (Да) / Жоқ (Нет)

о егер иә болса, вакцины тоңазытқышқа салғаннан кейін +2-+8° С шегінен асатын температурада қандай да бір ауытқулар байқалды ма?

Иә (Да) / Жоқ (Нет)

<p>Если да, отмечались ли какие-либо отклонения в температуре, выходящие за пределы +2+8° С, после помещения вакцины в холодильник?</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>Белгісіз</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>Белгісіз</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>Белгісіз</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>Белгісіз</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>Белгісіз</p> <p>Неизв</p>
<p>Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер:</p> <p>Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:</p>	
<p>Транспортировка вакцины:</p> <p>Вакцины тасымалдау:</p>	
<p>● Вакцины 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>	<p>Иә (Да) / Жоқ (Нет)</p> <p>Белгісіз</p> <p>Неизв</p>
<p>● Тоңазытқыш сөмкесі вакцинация жасалған күні егу пунктінен қайтарылды ма?</p> <p>Была ли сумка-холодильник возвращена из прививочного пункта в тот день, когда проводилась вакцинация?</p>	<p>Иә (Да) / Жоқ (Нет)</p> <p>Белгісіз</p> <p>Неизв</p>

<ul style="list-style-type: none"> Дайындалған (кондиционерленген) суық элементтер қолданылды ма? Использовались ли подготовленные (кондиционированные) хладоэлементы?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизв
Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер: Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:	
G Бөлімі Жергілікті қоғамдастық деңгейіндегі тергеп-тексеру (елді мекенге баруды және ата-аналардан/басқалардан сауалнама алуды сұрау) Раздел G Расследование на уровне местного сообщества (просьба посетить населенный пункт и опросить родителей/других лиц)	
Сол елді мекенде зардар шегушіде ИКҚК дамыған уақытқа ұқсас уақыт аралығында қандай да бір ұқсас оқиғалар туралы хабарланды ма? Сообщалось ли в том же населенном пункте о каких-либо аналогичных событиях в течение периода времени, аналогичного тому, когда у пострадавшего развилось НППИ? Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизв.) Егер иә болса, ақпарат беріңіз: Если да, представьте информацию:	
Егер иә болса, мұндай оқиғалар/эпизодтар қанша? Если да, сколько таких событий/эпизодов?	
Зардап шеккендердің нешеуі/Сколько из пострадавших <ul style="list-style-type: none"> Вакцинацияланған/вакцинированы: _____ Вакцинацияланбаған/ не вакцинированы: _____ Деректер жоқ/ нет данных: _____ 	
Қосымша түсіндірмелер/Дополнительные комментарии:	
Н БӨЛІМІ Басқа алынған деректер / бақылаулар / түсіндірмелер Раздел Н Другие полученные данные/наблюдения/комментарии	

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2026 жылғы " " _____
 № ____ бұйрығына
 13-қосымша
 Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 13-қосымша
 Приложение 13 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 20 августа 2021 года
 № ҚР ДСМ-84
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ____ жылғы " " _____ № ____
---	--

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	_____ бұйрығымен бекітілген № 013/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 013/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ года № _____

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

Акт о назначении расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Мөр орны Место печати	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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ____ жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 014/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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).

Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Мөр орны Место печати	Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)
---	--------------------------	---

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

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

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

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

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

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

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

Акт о результатах расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения

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

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

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

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

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

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

_____ Бұл бөлімде, басқа мәліметтермен қатар мыналарды көрсету

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

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

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

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

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

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

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

9. Басқа ақпарат (Иная информация):

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

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

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

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына

16-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

16-қосымша

Приложение 16

к приказу Министра

здравоохранения Республики

Казахстан

от 20 августа 2021 года № ҚР

ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

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

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

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

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

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

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

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

_____ (Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2017 жылғы 17 ақпандағы № 71 қаулысымен бекітілген Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі туралы ереженің 15-тармағының 113) тармақшасына сәйкес бекітілетін халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саласында бақылау мақсатында сатып алуды жүзеге асыру қағидаларында белгіленген өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алудың негіздерін көрсету (указать основания контрольного закупа продукции (товара), установленные правилами осуществления контрольного закупа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, утвержденными 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).

Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Мөр орны Место печати	Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)
--	--------------------------	---

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
17-қосымша

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

17-қосымша

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

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

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

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

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

Мен, лауазымды тұлға (Мною, должностным лицом) _____

(мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы (фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность)
Осы өнімді (тауарды) сатып алу актісін жасадым (Составлен настоящий акт покупки продукции (товара)):

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

Осы актіге қоса беріледі (К настоящему акту прилагаются) _____

төлем құжаты, тауарларға ілеспе 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 қоюдан бас тартты (Продавец отказался от подписания акта покупки продукции (товара))

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

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

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

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

Приложение 18
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

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

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

Акт о результатах контрольного закупа продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения №___

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Лауазымды тұлға (Должностное лицо) _____ қолы (подпись) Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

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

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

A4 Форматы

Формат A4

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

Вирусологиялық зерттеуге жолдама Направление на вирусологическое исследование

(от) " " _____ 20____ ж. (г.)

1. Медициналық ұйымның атауы (Наименование медицинской организации) _____

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

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

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

5. Жасы (Возраст) _____

6. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

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

8. Ауырған күні (Дата заболевания) _____

9. Емдеуге жатқызу күні (Дата госпитализации) _____

10. Материал алынған күн (Дата взятия материала) _____

11. Диагнозы (Диагноз) _____

12. Аурудың негізгі симптомдары (Основные симптомы заболевания) _____

13. Қысқа эпидемиологиялық анамнез (Краткий эпидемиологической анамнез) _____

14. Екпелер саны (Количество прививок) _____

15. Соңғы егілу күні (Дата последней прививки) _____

Дәрігер (Врач) _____

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

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

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

Дезинфекциялау камерасына жолдама
Направление в дезинфекционную камеру

Наряд бойынша (По наряду) № _____

Тұлғадан қабылданды (Приняты от физического лица) _____

Мекенжайы (Адрес) _____

Дезинфекциялау үшін алыну себебі (для дезинфекции по поводу) _____

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

_____ 20__ жылы (году)

Заттарды дезинфекциялау камерасына өткіздім (Вещи сдал в дезинфекционную камеру)_____

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

_____ 20____
жыл (год)

Камерадан заттарды қабылдап алдым (Вещи из камеры принял)_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
21-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
21- қосымша
Приложение 21
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 021 /е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 021/y Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20____ года № _____

Вирустық гепатиттердің маркерлеріне қанды зерттеуге жолдама

Направление на исследование крови на маркеры вирусных гепатитов

1. Тіркеу № (регистрационный №) _____

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

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

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

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

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

7. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

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

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

10. Жасы (Возраст) _____

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

12. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

13. Жұмыс орны (Место работы) _____

14. Диагнозы (Диагноз) _____

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

_____ данада толтырылды (составлен в __ экземплярах)*.

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ _____ бұйрығына
22-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
22- қосымша

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

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____ жылғы " " _____ № _____ _____ бұйрығымен бекітілген № 022/ е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 022/y 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-косымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
23- косымша

Приложение 23

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 № 023/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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:		Науқас адамның эпиднөмірі: 1		Күні: /// ж	
Область, район/город:		Эпидномер больного человека: 1		Дата: /// г	
Науқас адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда): Ф.И.О. (при его наличии) больного человека:				Е	Ә
				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, қызамыққа қарсы екпелер саны: Количество вакцинаций против кори, краснухи		Соңғы екпе егілген күні: Дата последней вакцинации:			
Дене қызуының көтерілген күні: /// ж. Дата повышения температуры: /// г.		Бөртпе пайда болған күні: /// ж. Дата появления сыпи: /// г.			
Бөртпенің түрі: Тип сыпи:					
Алдын ала қойылған клиникалық диагнозы: Предварительный клинический диагноз:					
Үлгісі:	Талдау алынған күн: /// ж.	Жіберілген күн: /// ж.			
Образец:	Дата сбора: /// г.	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 Рес- публики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген № 024/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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

Х а л ы қ т ы ң
санитариялық-эпидемиологиялық
саламаттылығы саласындағы

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің 20_
жылғы " " _____ № _____
_____ бұйрығымен бекітілген № 025/е
нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация
Форма № 025/y

мемлекеттік органының немесе
ұйымының атауы
Наименование государственного
органа или организации в сфере
санитарно-эпидемиологического
благополучия населения

Утверждена приказом Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от "___" _____ 20__
года № _____

Адамдардан алынған материалды микробиологиялық зерттеуге жолдама

Направление материала от людей на микробиологические исследования

1. Сынаманың атауы (Наименование пробы) _____

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

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

4. Жасы (Возраст) _____

5. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

6. Жұмыс орны (Место работы) _____

7. Диагнозы (Диагноз) _____

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

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

10. Антибиотикті қолдану (Применение антибиотиков) _____

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

12. Сынамаларды зерттеу мақсаты (Цель исследования пробы) _____

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

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

15. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
26- қосымша
Приложение 26
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Адамдардан алынған материалды _____ зерттеуге жолдама

Направление материала от людей на _____ исследования

1. Сынаманың атауы (Наименование пробы) _____

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

_____ 3. Жасы (Возраст) _____

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

5. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

6. Жұмыс орны (Место работы) _____

7. Диагнозы (Диагноз) _____

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

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

10. Антибиотикті қабылдау (Применение антибиотиков) _____

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

12. Сынамаларды зерттеу мақсаты (Цель исследования пробы) _____

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

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

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

16. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____

17. Қосымша ақпарат (Дополнительная информация):

Ауырған күні (Дата заболевания) _____

Қай елден келді (Страна прибытия) _____

Науқаспен байланыс (Контакт с больным) _____

Симптомдары (Симптомы)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ _____ бұйрығына
27-қосымша

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 027/ е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 027/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года № _____</p>

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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Х а л ы қ т ы ң
санитариялық-эпидемиологиялық

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің 20_
_____ жылғы " " _____ №
_____ бұйрығымен бекітілген №028/е
нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация
Форма № 028/у

саламаттылығы саласындағы
мемлекеттік органының немесе
ұйымының атауы
Наименование государственного
органа или организации в сфере
санитарно-эпидемиологического
благополучия населения

Утверждена приказом Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от "___" ___ 20__
года №___

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

№ _____ "___" _____ 20__ ж. (Г.)

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

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

3. Жасы (Возраст) _____

4. Мекенжайы (Адрес) _____

5. Жұмыс орны (Место работы) _____

6. Диагнозы (Диагноз) _____

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

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

9. Антибиотикті қабылдау (Применения антибиотика) _____

10. Жіберген мекеме (Направляющее учреждение) _____

11. Сынама атауы (Наименование пробы) _____

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

13. Зерттеу мақсаты (Цель обследования) _____

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

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

16. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования) _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Х а л ы қ т ы ң
санитариялық-эпидемиологиялық

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің 20_
_____ жылғы " " _____ №
_____ бұйрығымен бекітілген № _____ 029/
е нысанды медициналық
құжаттама

саламаттылығы саласындағы
мемлекеттік органының немесе
ұйымының атауы
Наименование государственного
органа или организации в сфере
санитарно-эпидемиологического
благополучия населения

Медицинская документация
Форма № 029/у
Утверждена приказом Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от "___" _____ 20__
года № _____

Тамақ өнімдерінің және азық-түлік пикізатының 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)

Көрсеткімдер 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 сыналуға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына

30-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

30- қосымша

Приложение 30

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 030/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 030/y Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ года № _____

Суды микробиологиялық зерттеу хаттамасы

Протокол микробиологического исследования воды

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

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

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

3. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца) _____

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

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

6. Көлемі (Объем) _____

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

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

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____

10. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____

11. Сумен жабдықтау түрі (Тип водоснабжения) _____

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

13. Қосымша ақпарат (Дополнительная информация) _____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

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

Үлгіні зерттеу нормативтік құжаттың сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца 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 сыналуға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына

31-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

31- қосымша

Приложение 31

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы " __ " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 031/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 031/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " __ " _____ 20__ года № _____

Шайындыларды микробиологиялық зерттеу хаттамасы

Протокол микробиологического исследования смывов

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

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

2. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца) _____

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

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

5. Мөлшері (Количество) _____

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

7. Сынақ жүргізу шарттары (Условия проведения испытаний): температура _____, ылғалдылығы (влажность) _____

8. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

9. Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний) _____

Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследований)

Үлгі нөмірі (Номер образца)	Үлгіні алу орны және нүктелері (Место и точки отбора)	Нәтиже Результат				Ескертпе (Примечание)
		І ш е к таяқшалары тобының бактериялары (Бактерии группы кишечных палочек)	Алтын түстес стафилококк (Золотистый стафилококк)	Патогенді флора (Патогенная флора)	Шартты патогенді флора (Условно патогенная флора)	
1	2	3	4	5	6	7

Үлгіні зерттеу нормативтік құжаттың сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца 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
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
№ КР ДСМ-84
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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 032/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20_ _____ года №_____

Тамақ өнімдерін және азық-түлік шикізатын микробиологиялық зерттеу хаттамасы
Протокол микробиологического исследования пищевых продуктов и продовольственного
сырья

№ _____ от "___" _____ 20__ ж. (г.)

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

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

3. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца) _____

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

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

6. Мөлшері (Количество) _____

7. Партия нөмірі (Номер партий) _____

8. Шығарылған күні (Дата выработки) _____

9. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

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

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

12. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____

13. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____

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

Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Микробиология л ы қ көрсеткіштер (Микробиологич е с к и е показатели)	Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)	Нормаланатын көрсеткіш (Нормируемый показатель)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытания)
1	2	3	4	5	6

Үлгіні зерттеу нормативтік құжаттың сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца 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 испытанием)

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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 033/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ _____ года № ____

Микробиологиялық зерттеу (ауаны, топырақты, дәрілік нысандарды және басқалар (керегін көрсетіңіз)) хаттамасы

Протокол микробиологического исследования (воздуха, почвы, лекарственных форм и прочие (указать необходимое))

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

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

2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____

3. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца) _____

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

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

6. Көлемі (Объем) _____

7. Мөлшері (Количество) _____

8. Партия нөмірі (Номер партий) _____

9. Шығарылған күні (Дата выработки) _____

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

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

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

13. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____

14. Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний) _____

15. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгінің атауы (. Үлгіні алу орны. (Наименование образца. Место отбора образца)	Микробиологиялық көрсеткіштер (топырақ) (Микробиологические показатели (почва))				
1	2	3	4	5	6	7

Үлгіні зерттеу нормативтік құжаттың сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца 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 испытанием)

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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Х а л ы қ т ы ң
санитариялық-эпидемиологиялық
саламаттылығы саласындағы
мемлекеттік органының немесе
ұйымының атауы

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің 20_
_____ жылғы " " _____ № ____
_____ бұйрығымен бекітілген
№ 034/е нысанды медициналық
құжаттама

Медицинская документация
Форма № 034/у
Утверждена приказом Министра
здравоохранения Республики

Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Казахстан от " ____ " _____ 20_ ____ года № _____
---	---

Тасымалдаушылыққа микробиологиялық зерттеу нәтижесі
Результат микробиологического исследования на носительство

№ _____ от " ____ " _____ 20__ ж.(г.)

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

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____

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

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

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

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

8. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____

9. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____

10. Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний) _____

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), (Ф.И.О. (при его наличии))	Туған жылы (Г о д 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 испытанием)

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

Х а л ы қ т ы ң
санитариялық-эпидемиологиялық
саламаттылығы саласындағы
мемлекеттік органының немесе
ұйымының атауы
Наименование государственного
органа или организации в сфере

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің 20_
_____ жылғы " " _____ № _
_____ бұйрығымен бекітілген
№ 035/е нысанды медициналық
құжаттама

Медицинская документация
Форма № 035/у
Утверждена приказом Министра
здравоохранения Республики

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 – НК) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

№	Микрофлора	1 граммдағы нормасы (Норма в 1 грамме)		Зерттеу нәтиже сі (Результ а т исследо вания)
		1 жасқа дейін балалар (Дети до года)	Ересектер (Взрослые)	
1.	Ішек тұқымдастығының патогенді микробтары (Патогенные микробы семейства кишечных)	0	0	
2.	Бифидобактериялар (Бифидобактерии)	10 ⁹ -10 ¹⁰	10 ⁸ -10 ⁹	
3.	Лактобактериялар (Лактобактерии)	10 ⁶ -10 ⁷	10 ⁷ -10 ⁸	
4.	Қалыпты ферментативтік белсенділігі бар ішек		10 ⁷ -10 ⁸	

		таяқшасы (Кишечная палочка с нормальной фермен.активностью)	107-108				
5.		Ферментативтік белсенділігі төмен ішек таяқшасы (Кишечная палочка со сниженной фермент.активностью)	105-107		106-107		
6.		Лактозаға теріс ішек таяқшасы (Лактозонегативная кишечная палочка)	< 104		< 105		
7.		Гемолитикалық белсенді ішек таяқшасы (Гемолитически активная кишечная палочка)	< 104		< 105		
8.		Протей	< 104		< 104		
9.		Шартты патогендік энтеробактериялар (Условно-патогенные энтеробактерии)	< 104		< 105		
10.		Патогенді стафилококк (Патогенный стафилококк)	< 101		< 103		
11.		Басқа стафилококктар (Другие стафилококки)	< 105		< 104		
12.		Энтерококктар (Энтерококки)	106-107		105-106		
13.		Клостридиялар (Клостридии)	<105		< 105		
14.		Кандида тұқымдас санырауқұлақтар (Грибы рода кандиды)	<103		<105		
15.		ТГТБ (НГОБ)	< 103		< 103		
№	Бөлініп алынған өсірінді (Выделенная культура)	Микробқа қарсы препараттардың атаулары (Наименование антимикробных препаратов)	Өсудің тежелу аймағының диаметрі (мм) (Диаметр зоны задержки роста) (мм)	Сезімтал (Чувствительный) (S)	Сезімталдығы төмен (Умеренно резистентный) (I)	Резистентті (Резистентный) (R)	Сынақ әдісіне НҚ (НД на метод испытаний)

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

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

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

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

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
Х а л ы қ т ы ң 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 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 испытанием)

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
37-қосымша

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

Приложение 37
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 037/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 037/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года № ____

Молекулалық-генетикалық сынақтарға шикізат пен тамақ өнімдерін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования сырья и пищевых продуктов на молекулярно-генетические
испытания

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

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

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____

4. Сынаққа арналған сынама саны (массасы) (количество (масса) пробы на испытание) _____

5. Қаптама түрі (Вид упаковки) _____

6. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца) _____

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

8. Көлемі (Объем) _____

9. Партия нөмірі (Номер партий) _____

10. Шығарылған күні (Дата выработки) _____

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

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

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

14. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____

15. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____

16. Шығарылған күні, сақтау мерзімі (Дата выработки, срок хранения) _____

Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрацион ный номер)	Үлгінің нөмірі (Номер образца)	Молекулалық -генетикалық көрсеткіштер (Молекулярно- генетические показатели)	Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)		Нормаланаты н көрсеткіш (Нормируемый показатель)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытания)
			Сапалық көрсеткіш (Качественный показатель)	Сандық көрсеткіш (Количественн ый 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 министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	_____ жылғы "____" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 038/ е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 038/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ _____ года № _____

Тамақ өнімдерін иммундық-ферментті талдау (ИФТ) әдісімен зерттеу хаттамасы
Протокол исследования пищевых продуктов методом иммуноферментного анализа (ИФА)

№ _____ от "____" _____ 20__ ж. (Г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____
3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
4. Сынаққа арналған сынама саны (массасы) (Количество (масса) пробы на испытание) _____
5. Партия нөмірі, қаптама түрі (номер партии, вид упаковки) _____
6. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца) _____
7. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
8. Партия нөмірі (Номер партий) _____
9. Шығарылған күні (Дата выработки) _____
10. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
11. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
12. Үлгі алу әдісіне нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____

13. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

14. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____

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

16. Шығарылған күні, сақтау мерзімі (Дата выработки, срок хранения) _____

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрацион ный номер)	Үлгінің нөмірі (Номер образца)	Көрсеткіштер (Показатели)	Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)	Нормаланаты н көрсеткіш (Нормируемый показатель)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытания)
1	2	3	4	5	6
Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб 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
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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 039/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ года №____

Зоонозды және аса қауіпті инфекцияларға микробиологиялық зерттеу нәтижесі
Результат микробиологического исследования на зоонозные и особо опасные инфекции

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

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

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

3. Үлгілердің зерттеу нәтижесін алатын мекеменің атауы (Наименование
учреждения, получающего результат исследования образца) _____

4. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

5. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

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

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

8. Сынамалар саны (количество проб) _____

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

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

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследований)

Үлгінің нөмірі (Номер образца)	Алынған үлгілер атауы (Наименование отобранных образцов)	Зерттеу әдістері, реакция түрі (Методы исследования, вид реакции)	Зерттеу мақсаты (Цель исследования)	Зерттеу нәтижесі (Результаты исследования)
1	2	3	4	5

Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб 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
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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 040/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 40/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ года №_____

Азық-түлік емес өнімдер мен шикізат үлгісін зерттеу хаттамасы

Протокол исследования образца непродовольственной продукции и сырья

№ _____ от "___" _____ 20__ ж. (г.)

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

2. Бұйымның атауы (Наименование изделия) _____

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

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

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

6. Үлгінің сипаты (Описание образца) _____

7. Көлемі (Объем) _____

8. Партия нөмірі (Номер партий) _____

9. Шығарылған күні (Дата выработки) _____

10. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

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

Ингредиенттердің қоршаған орта объектілеріне (ауа, су, модельдік орта) көшуі
(Миграция ингредиентов в объекты окружающей среды (воздух, вода, модельная среда))

Ингредиенттер көрсеткішінің атауы, өлшем бірлігі (Наименование показателя ингредиентов, единица измерения)	Модельдік орта (Модельная среда)	Анықталған шоғырландыру (уыттылық параметрлері) (Обнаруженная концентрация параметры токсичности)	Рұқсат етілетін шоғырлану (Допустимая концентрация)	Зерттеулер әдістеріне НҚ НД на методы исследований
1	2	3	4	5
Органолептикалық (Органолептические):				
Физико-химиялық (Физико-химические):				
Токсикологиялық (Токсикологические):				

Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

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

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

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

Сынау нәтижелері тек 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)

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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____ жылғы " " _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 041/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 041/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года № _____

Аэроиондар шоғырлануын өлшеу хаттамасы

Протокол измерений концентрации аэроионов

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

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

2. Өлшеу мақсаты (Цель измерения) _____

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

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

Аэроиндардың шоғырлануы, р, (ион/см3) Концентрации аэроионов, р, (ион/см3) Бірлік өлшеу мәні, рі, (Значения единичного измерения, рі)											Униполярлы ы қ коэфф ициенті, і, У
	Орташа мәндер (Средние значения)										

(Полярность аэроионов)	1	2	3	4	5	6	7	8	Рсред.	Рmin	Рmax	(Коэффициент униполярности, У)
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 аэронов 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 испытанию)

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__ жылы " __ " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 042/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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)

p/c № пп	Дірілдің әсеріне бағалау жүргізілген жабдық (Оборудование, для которого была проведена оценка воздействия вибрации)	Діріл түрі (Тип вибрации)		Акселерометр бағдары (ось) (Ориентация акселерометра (ось))
		Жалпы (Общая)	Жергілікті (Локальная)	
1	2	3	4	5

Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)

p/c № №	Орташа геометриялық жиіліктегі, Гц, үштен бір октавалық жолақтағы, дБ, діріл үдеуінің деңгейлері (Уровни виброускорения, дБ, в третьоктавных полосах со среднегеометрическими частотами, Гц)										Ось үшін діріл үдеуінің түзетілген деңгейі, дБ (Корр ректи	Цикл , операция үшін діріл үдеуінің түзетілген деңгейі, дБ (Корр	Діріл үдеуінің эквивалентті түзетілген деңгейі, дБ (Экви вален	Діріл үдеуінің рұқсат етілген эквивалентті түзетілген деңгейі, дБ (Допу

пш	1	2	4	8	16	31,5	63	125	250	500	1000	рован ный уров нь вibr оуско рения для оси, дБ)	ектир ован ный уров ень вibr оуско рения для цикл а, опе раци и, дБ)	тний корре ктиро ванн ый уров ень вibr оуско рения дБ)	стим ый эквив алент ный к оррек тиров анны й уров ень вibr оуско рения , дБ)
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

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

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

Зертхана менгерушісінің (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
43-қосымша

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

Приложение 43
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген № 043/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 043/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ года № _____

Шу, дыбыс окшаулау деңгейлерін өлшеу хаттамасы
Протокол измерения уровней шума, звукоизоляции

№ _____ (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 (жабдықтарының маркасын, түрін, паспорт деректерін көрсету) (Место замера (указать марку, тип, паспортные данные оборудования))	Қосымша мәліметтер (өлшеу шарттары, шумдың 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			
				Кеністік (Широкополосный)	Тонды (Тональный)	Тұрақты (Постоянный)	Толқыма (Колеблущийся)	Үзілмелі (Прерывистый)	Импульсті (Импульсный)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

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

LA дыбы с деңге йі (т дыбы стың эквив алент т і деңге йі)/ LA дыбы стың ең жоға рғы деңге йі, дБА (Уров ень звука LA (эквив алент ный урове нь звука)) / (Макс имал ьный урове нь звука LA, дБА)	LA дыбы стың рұқса т етіле тін деңге йі / LA дыбы стың ең жоға рғы рұқса т етіле тін деңге йі, дБА (Допу стим ы й урове нь звука LA по норм е) / (Макс имал ьный допу стим ы й урове нь звука LA, дБА)
---	---

1	25	26	8	16	31,5	63	125	250	500	1000	2000	4000	8000	LA дыбыс деңгейі (т дыбыстың эквивалент ті деңгейі) LA дыбыстың ең жоғарғы рұқсат етіле тін деңгейі, дБА (Уров ень звука LA (эквивалент ный уровень звук а)) / (Макс имал ьный уровень звук а LA, дБА)	LA дыбыс деңгейі (т дыбыстың эквивалент ті деңгейі) LA дыбыстың ең жоғарғы рұқсат етіле тін деңгейі, дБА (Допу стим ьный уровень звук а LA п о норм е) / (Макс имал ьный уровень звук а LA, дБА)
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Гц орташа геометриялық жиіліктегі үштен бір октавалық жолақтағы дБ-мен дыбыс қысымы деңгейлері
(Уровни звукового давления в дБ третьоктавных полосах со среднегеометрическими частотами в Гц)

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

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Ауа шуын оқшаулау индексі R_w -дБ (Индекс изоляции воздушного шума R_w –дБ)		Келтірілген соққы шуының оқшаулау индексі L_{nw} -дБ (Индекс изоляции приведенного ударного шума L_{nw} -дБ)	
Өлшенген (Измеренное)	Нормативті көрсеткіш (Нормативный показатель)	Өлшенген (Измеренное)	Нормативті көрсеткіш (Нормативный показатель)
43	44	45	46

Хаттама _____ данада толтырылды (Протокол составлен в _____ экземплярах)

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

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

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

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ _____ бұйрығына
44-қосымша

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

Приложение 44
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 044/е нысанды медициналық құжаттама
---	--	--

<p>Х а л ы қ т ы ң</p> <p>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</p> <p>Форма № 044/у</p> <p>Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20__</p> <p>____ года № _____</p>
--	---

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 үй-жайдың кескіні (Эскиз помещения с указанием размещения оборудования,

источников электромагнитных излучений обозначенных номерами организаций-изготовителей) и нанесением точек замеров) _____

9. Өлшеу жүргізілген күні (Дата проведения замера) _____

Реті бойынша нөмірі (Номер по порядку)	Кескін бойынша нүктенің орны (Номер точек по эскизу)	Өлшеу орны (Место измерения)	Сәуле көзінен арақашықтығы, м (Расстояние от источника в м.)	Еденнен биіктігі, м (Высота от пола в м.)	Ауысым ішінде ЭМӨ аймағында болу уақыты (Время пребывания в зоне ЭМП в течении смены)	ЭМӨ кернеулілігі Напряженность ЭМП					
						Электрлік құраушы бойынша, кВ/м, В/м (По электрической составляющей, кВ/м, В/м)		Магниттік құраушысы бойынша А /м, мкТл По магнитной составляющей А /м, мкТл		Электростатикалық өріс кВ/м, Электростатическое поле кВ/м	
1	2	3	4	5	6	Өлшенген (Измеренное)	Рұқсат етілген шекті (Предельно-допустимое)	Өлшеулер (Измеренное)	Рұқсат етілген шекті (Предельно-допустимое)	Өлшенген (Измеренное)	Рұқсат етілген шекті (Предельно-допустимое)
						7	8	9	10	11	12

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

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)						
ЭМӨ энергиясын шығаратын қондырғылардың тізбелері мен параметрлері (Перечни и параметры установок излучающих энергию ЭМП)						
Қондырғының атауы (Наименование установки)	ЭМС жиілігі (Частота ЭМИ)	ЭМС көзінің қуаты (Мощность источника ЭМИ)	Өлшеу кезіндегі көздің жұмыс режимі (Режим работы 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

Х а л ы қ т ы ң
санитариялық-эпидемиологиялық
саламаттылығы саласындағы
мемлекеттік органының немесе
ұйымының атауы
Наименование государственного
органа или организации в сфере
санитарно-эпидемиологического
благополучия населения

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің 20_
жылғы " " _____ №
бұйрығымен бекітілген № 045/е
нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация
Форма № 045/y
Утверждена приказом Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от " " _____ 20_
_____ года № _____

Өсімдік шаруашылығы өнімін нитраттардың болуына зерттеу хаттамасы Протокол исследования растениеводческой продукции на содержание нитратов

№ _____ от " " _____ 20__ ж. (г.)

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

2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
4. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____
5. Партия мөлшері (Величина партии) _____
6. Сынама алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
7. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
8. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____
9. Көлемі (Объем) _____
10. Партиялар нөмірі (Номер партий) _____
11. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
12. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____
13. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____
14. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность) _____

Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)

Өнімнің атауы (Наименование продукции)	Нитраттардың анықталған қалдық құрамы (Обнаруженное остаточное содержание нитратов)	мг/кг	РЕМД нормативті көрсеткіштері, мг/кг (Нормативные показатели МДУ, мг /кг)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)
1	2	3	4	5

Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб 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 испытанием)

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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____ жылғы " " _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 046/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 046/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года № _____

Ауыл шаруашылығы өнімдерінің, тамақ өнімдерінің, судың, топырақтың, ауа ортасының
үлгілерін (жоғары дәлдіктегі жабдықта) зерттеу хаттамасы

Протокол исследования образцов сельскохозяйственной продукции, продуктов питания, воды, почвы, воздушной среды (на высокоточном оборудовании)

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

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

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____

4. Мөлшері (Количество) _____

5. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

6. Көлемі (Объем) _____

7. Партия нөмірі (Номер партии) _____

8. Шығарылған мерзімі (Дата выработки) _____

9. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

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

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

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

13. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____

14. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____

15. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____

16. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____

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

18. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

**Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)**

Ингредиенттер көрсеткіштерінің және басқалардың атауы Наименование показателей ингредиентов и других	Анықталған шоғырландыру Обнаруженная концентрация	Берілген шоғырлану Заданная концентрация	Сынақ әдістеріне арналған НҚ НД на методы исследования
1	2	3	4
Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб 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

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
---	---

Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 047/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20__ ____ года № _____
---	--

Дезинфекциялау құралдарын зерттеу хаттамасы

Протокол исследования дезинфицирующих средств

№ _____ от " ____ " _____ 20__ ж.(г.)

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

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

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

4. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

5. Белсенді заттың % құрамы (% содержание действующего вещества) _____

6. Көлемі (Объем) _____

7. Шығарылған күні (Дата выработки) _____

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

9. Зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проводилось на соответствие НД) _____

Қосымша деректер (Дополнительные сведения) _____

Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)

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

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

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

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

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

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

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

A4 Форматы

Формат A4

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ____ жылғы " ____ " ____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 048/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 048/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " ____ 20_ ____ года № ____</p>

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 нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 049/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года № _____

Үлгілерді санитариялық вирусологияға зерттеу хаттамасы

Протокол исследования образцов на санитарную вирусологию

№ _____ от " " _____ 20____ ж. (г.)

1. Сынаманың атауы (Наименование пробы) _____

2. Үлгіні алу орны (Место взятия образца) _____

3. Үлгінің алынған күні (Дата отбора) _____

4. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

5. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____

6. Реакцияның түрі (Вид реакции) _____

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

8. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____

9. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования) _____

10. Зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование 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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылы "____" _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 050/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 050/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ года №____

_____ үлгілерді зерттеу нәтижесі (инфекция түрі)
Результат исследований образцов на _____ (вид инфекции)

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

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

2. ЖСН-і (ИИН) _____

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

4. Жұмыс орны (Место работы) _____

5. Үлгіні жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения направивший образец) _____

6. Диагнозы (Диагноз) _____

7. Мыналарды: аңқадан, мұрыннан алынған жағындыны, ликвор, қан, нәжіс сынамасын зерттеу кезінде (при исследовании: мазок из зева, носа, ликвор, проба крови, фекалии, взятые) _____ ауыру күнінде (на день болезни)

8. Жасушалардың өсіріндісінде алынды (на культуре клеток получен) _____

9. Бөлінген вирус (выделен вирус): _____

10. Антигендермен зерттеу барысында (При исследовании с антигенами) _____

11. Антиденелердің диагностикалық өсуі анықталды (Диагностический прирост антител обнаружен) _____

12. Материалды алу күні (Дата забора материала) _____

13. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____

Қан үлгісі Образец крови	Ауыру күні День болезни	Вирусқа антиденелер титрі Титры антител к вирусу			
1	2	3	4	5	6

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

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ө. (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.Ө. (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 испытанию)

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылы "____" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 051/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 051/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ _____ года № _____

Ағаш пикизаты мен ағаштан жасалған бұйымдардың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования радиоактивности древесного сырья и изделий из дерева

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

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

_____ 2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____

_____ 3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

_____ 4. Үлгінің келіп түсу уақыты (Дата поступления образца) _____

_____ 5. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____

_____ 6. Көлемі (Объем) _____

_____ 7. Партия нөмірі (Номер партий) _____

_____ 8. Шығарылған күні (Дата выработки) _____

_____ 9. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором) _____
№ _____

_____ 10. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке) № _____
_____ (от) "____" _____ 20____ ж.(г.)

_____ 11. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

12. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____

13. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____

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

**Өлшеуер нәтижелері
(Результаты измерений)**

№	Үлгінің атауы Наименование образца	Меншікті тиімді белсенділік Cs-137(Бк/кг) Удельная эффективная активность Cs -137(Бк/кг)	Меншікті тиімді белсенділіктің рұқсат етілген деңгейі Cs- 137 (Бк/кг) Допустимый уровень удельной эффективной активности Cs -137 (Бк/кг)	Меншікті тиімді белсенділік Sr - 90(Бк/кг) Удельная эффективная активность Sr - 90(Бк/кг)	Сынақ әдісіне НҚ НД на метод испытаний	Меншікті тиімді белсенділіктің рұқсат етілген деңгейі Sr- 90 (Бк/кг) Допустимый уровень удельной эффективной активности Sr - 90 (Бк/кг)
1	2	3	4	5	6	7

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

Зертхана менгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ө. (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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 052/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " __ " __ 20__ года №__

Топырақтың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования радиоактивности почвы

№__ " __ " __ 20__ ж.(г.)

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

2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

4. Үлгінің келіп түсу уақыты (Дата поступления образца)_____

5. Зерттеу әдісі (Метод исследования)_____

6. Көлемі (Объем)_____

7. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором)_____
№__

8. Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке) №__
(от) " __ " __ 20__ ж.(г.)

9. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца 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)					
				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__ жылы " __ " ____ № __ бұйрығымен бекітілген № 053/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 053/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " __ " ____ 20__ года № __

Құрылыс материалдары мен бұйымдарының радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования радиоактивности строительных материалов и изделий

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

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

2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

4. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____

5. Көлемі (Объем) _____

6. Партия нөмірі (Номер партий) _____

7. Шығарылған күні (Дата выработки) _____

8. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

9. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором) _____

№ _____

10. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке) № _____

(от) " _____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

11. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

12. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____

13. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____

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

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

р/с № п/п	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Меншікті тиімді белсенділік, Бк/кг (Удельная эффективная активность, Бк/кг)	Меншікті тиімді рұқсат етілген белсенділіктің деңгейі, Бк/кг (Допустимый уровень удельной эффективной активности (Бк/кг))	Құрылыс заттарының класы (Класс строительного материала)	Зерттеу әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	Құрылыс материалдары н пайдалану шарттары (Условия использования строительных материалов)
1	2	3	4	5	6	7

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

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

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

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына

54-қосымша

Қазақстан Республикасының

Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

54- қосымша

Приложение 54

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 054/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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 проводилось на соответствие нормативного документа (НД)) _____

11. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____

12. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____

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

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

р/с №	№п/п	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Меншікті белсенділік U -238 (Ra 226), Бк/кг (Удельная активность U-238 (Ra 226 , Бк/кг)	Меншікті белсенділік Th-238 Бк/кг (Удельная активность Th -238 Бк/кг)	Радионуклидт тердің меншікті белсенділігі жиынтығыны ң мәні (А), Бк/ кг (Значение суммы удельной активности радионуклидо в (А), Бк/кг)	Сынақ әдісіне арналған (НД на метод испытаний)	Радионуклидт тердің меншікті белсенділігі жиынтығыны ң рұқсат етілген деңгейі Бк/кг (А) (Допустимый уровень суммы удельной активности радионуклидо в (А), Бк/кг)
1	2	3	4	5	6	7	

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (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 испытанием)

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
55-қосымша

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

Приложение 55
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 055/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 055/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года № _____

**Қоршаған орта объектілерінің және өндіріс қалдықтарының радиоактивтілігін зерттеу
хаттамасы**

**Протокол исследования радиоактивности объектов окружающей среды и отходов
производства**

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

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

2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____

3 Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

4. Зерттеу жүргізілген күн (Дата проведения испытания) _____

5. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____

6. Көлемі (Объем) _____

7. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором) _____

№ _____

8. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке) № _____

(от) " _____ " _____ 20 _____ ж.(г.)

9. Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

10. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____

11. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____

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

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

№	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Сынама алу нүктесі (Точка обора)	Радионуклидте рдің меншікті тиімді белсенділігі (Бк/ кг) (Удельная эффективная активность радионуклидов, Бк/кг)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	Үлестік тиімді белсенділіктің рұқсат етілген деңгейі(Бк/кг) (Допустимый уровень удельной эффективной активности (Бк/ кг))
1	2	3	4	5	6

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

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

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

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

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
Х а л ы қ т ы ң 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 көрсеткіштерінің атауы (Наименование показателей ингредиентов)	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	Анықталған мән (Обнаруженное значение)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	Рұқсат етілетін құрамы (Допустимое содержание)

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

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

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

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

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

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

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы " " _____ № бұйрығымен бекітілген № 057/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 057/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20__ года № _____</p>

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 НК-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 сыналуға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
58-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
58- қосымша
Приложение 58
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_
---	--	---

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	жылы "___" _____ № _ бұйрығымен бекітілген № 058/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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.)

- Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
- Өлшеулер жүргізілген орын, бөлім, цех, квартал (Место проведения замеров, отдел, цех, квартал) _____
- Өлшеу мақсаты (Цель измерения) _____
- Өлшеулер тексерілетін объект өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого объекта) _____
- Өлшеу құралдары (Средства измерений) атауы, түрі, зауыттық нөмірі (наименование, тип, заводской номер) _____
- Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке) куәліктің күні мен нөмірі (дата и номер свидетельства) _____
- Өлшеу шарттары туралы қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения об условиях измерения) _____
- Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____
- Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____
- Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____

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

Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі Регистрацио нный номер	Өлшеу жүргізілген орын Место проведения измерений	Дозаның өлшенген қуаты (мкЗв/сағ, н/сек) Измеренная мощность дозы(мкЗв/сағ, н/сек)			Дозаның рұқсат етілетін қуаты (мкЗв/сағ, н/сек) Допустимая мощность дозы (мкЗв/сағ, н/сек)		
		Еденнен (жерден) биіктікте На высоте от пола (грунта)			Еденнен (жерден) биіктікте На высоте от пола (грунта)		
		0,1м	1м	1,5м	0,1м	1м	1,5 м
1	2	3	4	5	6	7	8

Зерттеулер мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проводились на соответствие НД) _____

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

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

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

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына

59-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

59- қосымша

Приложение 59

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылығы " __ " ____ № бұйрығымен бекітілген № 059/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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 нөмірі (Регистрацион ный номер)	Үлгінің атауы (Наименовани е образца)	Көрсеткіштер дің атауы (Наименовани е показателей)	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	Анықталған шоғырландыр у / Радионуклидт ердің меншікті тиімді белсенділігі, Бк/кг (Обнаруженна я концентрация / Удельная эффективная активность радионуклидо в, Бк/кг)	Рұқсат ететін құрамы (Допустимое содержание)
1	2	3	4	5	6	7

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

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

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

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
60-қосымша

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

Приложение 60
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ жылы " " № бұйрығымен бекітілген № 060/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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 обслеуемого) _____

9. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

10. Жұмыс орны (Место работы) _____

11. Диагнозы (Диагноз) _____

12. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____

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

14. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования) _____

15. Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

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

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

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

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
61-қосымша

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

Приложение 61
к приказу Министра
здравоохранения

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Рес- публики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____ жылығы "____" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 061/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 061/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ _____ года №_____

Емшек сүтін зерттеу хаттамасы

Протокол исследований грудного молока

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

1. Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого) _____

2. Жасы (возраст) _____ ИИН (ЖСН) _____

3. Диагнозы (Диагноз) _____

4. Медициналық ұйым (Медицинская организация) _____

5. Үлгі алынған күні мен уақыты (Дата и время взятия образца) _____

6. Үлгіні жеткізу күні мен уақыты (Дата и время доставки образца) _____

7. Үлгінің мөлшері (Дата и время доставки образца) _____

8. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

9. Нәтижесі (Результат) _____

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

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

Зертхана менгерушісінің (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 испытанием)

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
62-қосымша

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

Приложение 62
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____жылғы " " _____№____ бұйрығымен бекітілген № 062/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 062/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года № _____

**Ашық түрдегі радиоактивті заттармен жұмыс кезіндегі дозиметриялық және
радиометриялық өлшеулер хаттамасы**

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

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

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

2. Өлшеулер жүргізілген орын (Место проведения измерений) _____

3. Өлшеулер мақсаты (Цель измерения) _____

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

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

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

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

8. Сынақ әдісіне НҚ (НД на метод испытаний) _____

9. Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца 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)

р/с №	Өлшеулер жүргізілген орын	Сәулелену түрлері	Өлшеу нүктесі (өлшенетін беттен қашықтық, м; см)	Өлшенген доза (мкЗв/сағ, жиілік/см2*мин)	Рұқсат етілетін деңгейі
-------	---------------------------	-------------------	--	--	-------------------------

№ п/п	Место проведения измерений	(Виды излучения)	(Точка измерения расстояния от измеряемой поверхности, м; см))	(Измеренная доза(мкЗв/ч, част/(см2*мин))	(Допустимый уровень)
1	2	3	4	5	6

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

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

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

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

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

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы " __ " _____ №__ _ бұйрығымен бекітілген № 063/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы</p>		<p>Медицинская документация Форма № 063/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики</p>

Наименование государственного
органа или организации в сфере
санитарно-эпидемиологического
благополучия населения

Казахстан от " ____ " ____ 20 ____
____ года № ____

Рентген кабинетіндегі рентген сәулесін дозиметриялық өлшеу хаттамасы

Протокол дозиметрических измерений рентгеновского излучения в рентгеновском кабинете

№ ____ " ____ " ____ 20 ____ ж. (г.)

1. Мекеменің атауы (Наименование учреждения) _____

2. Мекенжайы (Адрес) _____ Корпусы (корпус) _____ Қабат (этаж) _____

Бөлме (комната) _____

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

4. Кабинеттің мақсаты (Назначение кабинета) _____

телефоны (телефон) _____

5. Аппарат _____

6. Техникалық паспорт (Технический паспорт) № _____

7. Жарамдылық мерзімі дейін (срок действия до) _____

8. Анодтық кернеу _____ кВ, Жалпы сүзгі (Общий фильтр) _____

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

10. Өлшеу тін-эквивалентті фантоммен жүргізілді (Измерения проводились с тканеэквивалентным фантомом) _____

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

12. Сынақ әдісіне НҚ (НД на метод испытаний) _____

13. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____

14. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____

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

Кабинет сызбасы (Чертеж кабинета) Кабинетпен жапсарлас үй-жайлар (Смежные с кабинетом помещения) Жабдықтың орналасуы (размещение оборудования)

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

[illegible]

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

[illegible]

12	Г қабырғасының артында (За стеной Г)	Қабырға (Стена)							
13		Терезе (Окно)							
14		Есік (Дверь)							
15	Д қабырғасының артында (За стеной Д)	Қабырға (Стена)							
16		Терезе (Окно)							
17		Есік (Дверь)							

Рентген аппаратының басқару пультындағы рентген зертханашысының жұмыс орны (Рабочее место рентгенолаборанта у пульта управления рентгеновским аппаратом)

18	Бас (Голова)								
19	Кеуде (Грудь)								
20	Жыныс бездері (Гонады)								
21	Аяқ (Ноги)								

•• Е-нің есептелген мәндері (Рассчитанные значения Е)

Емшара жүргізілетін рентген кабинеті (Процедурная рентгеновского кабинета)

Рентгенолог-дәрігердің жұмыс орны (Рабочее место врача-рентгенолога)

22		Тік (Вертик)							
23	Бас (Голова)	Көлденең (Гориз)							
24		Тік (Вертик)							
25	Кеуде (Грудь)	Көлденең (Гориз)							
26		Тік (Вертик)							
27	Жыныс бездері (Гонады)	Көлденең (Гориз)							
28		Тік (Вертик)							
29	Аяқ (Ноги)	Көлденең (Гориз)							
		Тік (Вертик)							
			• Есептелген Е						

Барлығы (Всего)	Көпден ең (Гориз)	• Рассчитанные E				

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 испытанием)

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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере		Медицинская документация Форма № 064/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года № _____

Металды, металдан жасалған бұйымдарды және металл сынықтарын дозиметриялық бақылау хаттамасы **Протокол дозиметрического контроля металла, изделия из металла и металлолома**

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

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

2. Өлшеулер жүргізілетін орын (Место проведения замеров (площадка, цех, квартал, склад) _____

3. Өлшеулер әдісі (Метод измерения) _____

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

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

6. Көлемі (Объем) _____

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

8. Жергілікті жердің табиғи гамма-фонның ЕТТД-сы (көрсеткіш) (МЭД (показатель) естественного гамма-фона местности) _____

9. Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

10. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____

11. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____

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

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

--	--	--	--	--

р/с № № п/п	Үлгі атауы (Наименован ие образца)	Альфа-бөлшектер ағыны, Бк/см ² х мин Поток Альфа-частиц, Бк / см ² х мин		Бета-бөлшектер ағыны, Бк /см ² х мин Поток Бета-частиц, Бк /см ² х мин		Гамма-сәулеленудің ЕТТД-сы мкЗв /с МЭД гамма-излучения, мкЗв/ час	
		Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)	Рұқсат етілген деңгейлер (Допустимы е уровни)	Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)	Рұқсат етілен деңгейлер (Допустимы е уровни)	Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)	Рұқсат етілген деңгейлер (Допустимы е 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 менгерушісінің (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 министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің 20
_____жылғы " " _____№____
бұйрығымен бекітілген № 065/е
нысанды медициналық құжаттама

<p>Х а л ы қ т ы ң</p> <p>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</p> <p>Форма № 065/y</p> <p>Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20__</p> <p>____ года № _____</p>
--	---

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	Радонның өлшенген, тепе-тең, эквивалентті	Рұқсат етілетін ш е к т і шоғырлану Бк/м3 (Допустимая концентрация Бк/м3)
---------------	---	---

Регистрационный номер	Өлшеу жүргізілген орны Место проведения измерений	көлемді белсенділігі, Бк/м3 (Измеренная, равновесная, эквивалентная, объемная активность радона, Бк/м3)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	Ағынның рұқсат етілен шекті тығыздығы (мБк/ш.м.с) (Допустимая плотность потока (мБк/м2·сек)	Желдету жағдайы туралы белгілер (Отметки о состоянии вентиляции)
1	2	3	4	5	6

Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

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

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

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

Сынау нәтижелері тек 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		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_
---	--	---

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	_____ жылғы " _____ " _____ № _____ _____ бұйрығымен бекітілген № 066/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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.)

- Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
- Адамдар санаты (Категория лиц) (А,Б,В) _____
- Өлшеу әдісі (Метод измерения) _____
- Өлшеу құралдары, атауы, түрі, зауыттық нөмірі (Средства измерений, наименование, тип, заводской номер) _____
- Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке) _____
- Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний) _____
- 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 испытанием)

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
Х а л ы қ т ы ң 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 сынауға 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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 068/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ _____ года № _____

Күлдің радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования радиоактивности золы

№ _____ " _____ " _____ 20____ ж.(г.)

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

2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

4. Үлгілерді алу уақыты (Время отбора образца) _____

5. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____

6. Көлемі (Объем) _____

7. Партиялар нөмірі (Номер партий) _____

8. Шығарылған күні (Дата выработки) _____

9. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором) _____
№ _____

10. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке) № _____
(от) "___" _____ 20__ ж.(г.)

11. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

12. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____

13. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____

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

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

р/с № № п/п	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Радионуклидтердің меншікті белсенділігінің мәндері (Ак- үл) Бк/кг (Значения удельной активности радионуклидов (Азола) Бк/ кг)	Радионуклидтердің меншікті белсенділігінің рұқсат етілген деңгейі (Акүл) Бк/кг (Допустимый уровень удельной активности ра- дионуклидов (Азола) Бк/кг)	Күлдің радиациялық қауіптілік классы (Класс радиационной опасности золы)	Күлдің пайдалану шарттары (Условия использования золы)	Сынақ әдісіне арналған НҚ-ры (НД на метод испытаний)
1	2	3	4	5	6	7

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

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

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

Сынау нәтижелері тек 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 министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 069/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 069/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года № _____

Материалдардың, шикізаттардың, бұйымдардың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования радиоактивности материалов, сырья, изделий

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

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

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____

4. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____

5. Өлшеу құралдары (Средства измерений) _____

(атауы, (наименование)

6. Көлемі (Объем) _____

7. Партиялар нөмірі (Номер партий) _____

8. Шығарылған күні (Дата выработки) _____

9. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке) _____

10. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

11. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____

12. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____

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

Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)

р/с № №п/п	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Көрсеткіштердің атауы (Наименование показателей)	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	Нақты меншікті тиімді белсенділік (Фактическая удельная эффективная активность)	Рұқсат етілетін құрамы (Допустимое содержание)
1	2	3	4	5	6

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

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

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

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
70-қосымша

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

Приложение 70
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____ жылғы " " _____ №_ _____ бұйрығымен бекітілген № 070/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 070/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года № _____

Тамақ өнімдерінің радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы

Протокол исследования радиоактивности пищевых продуктов

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

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

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)_____

4. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____

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

6. Көлемі (Объем)_____

7. Партиялар нөмірі (Номер партий)_____

8. Шығарылған күні (Дата выработки)_____

9. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке) _____

10. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца 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)

р/с № № п/п	Үлгі атауы (Наименование образца)	Көрсеткіштер дің атауы (Наименование показателей)	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	Радионуклидтердің меншікті тиімді белсенділігі (Удельная эффективная активность радионуклидов)	Рұқсат етілетін құрамы (Допустимое содержание)
1	2	3	4	5	6
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП)_____					

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда), Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _____
(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Зерттеу нәтижелері тек сыналатын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
71-қосымша

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

Приложение 71
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____жылғы " " _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 071/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 071/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года №____</p>

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 №	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Радионуклидтердің меншікті белсенділігінің мәнінің қосындысы МАҮБ (С көмір) (Значения суммы отношений удельной активности радионуклидов к МЗУА (С уголь))	Сынақ әдісіне арналған НҚНД на метод испытаний	Рұқсат етілетін деңгейі (С көмір) (Допустимый уровень (С уголь))	Көмірдің радиациялық қауіптілік классы (Класс радиационной опасности угля)	Көмірді пайдалану шарттары (Условия использования угля)
1	2	3	4	5	6	7

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

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

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

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

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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 072/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____года № _____

Адамдарды спектрометриялық өлшеу хаттамасы
Протокол спектрометрического измерения человека

№ _____ " _____ " _____ 20__ ж. (г.)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)) _____

2. Жеке басын куәландыратын құжаттар (куәлік, төлқұжат) (Документы, удостоверяющие личность (удостоверение, паспорт) № _____ ЖСН (ИИН) _____

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

4. Жынысы (Пол) _____ Жасы (Возраст) _____ Салмағы (Вес) _____

5. Қосымша деректер (Дополнительные данные) _____

6. Өлшеу мына аспаппен жүргізілді (измерение проводились на приборе) _____ № _____

7. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке) № _____

8. Өлшеу геометриямен жүргізілді (Измерение проводилось в геометрии) _____

9. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

р/с № №п/п	Өлшенетін ағзаның атауы (Наименовани е измеряемого органа)	Меншікті тиімді белсенділік Cs-137 Бк/кг (Удельная эффективная активность Cs -137Бк/кг)	Меншікті тиімді белсенділікM n- 54Бк/кг (Удельная эффективная активность Mn - 54Бк/кг)	Меншікті тиімді белсенділік Cr -51Бк/кг (Удельная эффективная активность Cr -51 Бк/кг)	Меншікті тиімді белсенділік C o-60 Бк/кг (Удельная эффективная активность Co -60 Бк/кг)	Меншікті тиімді белсенділік I- 131 Бк/кг (Удельная эффективная активность I- 131 Бк/кг)
1	2	3	4	5	6	7

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

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

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

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

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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 073/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20 ____ _____ года № _____

Жағындылар әдісімен алынатын ластануды зерттеу хаттамасы

Протокол исследования снимаемого загрязнения методом мазков

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

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

2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____

3. Үлгілердің алынған күні (Дата отбора образца) _____

4. Объекті пайдаланатын ИСК түрі (Вид ИИИ использующих объектом) _____

5. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____

6. Зерттеу мына аспаппен жүргізілді (Исследования проводились прибором) _____

№ _____

7. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке) № _____

(от) " _____ " _____ 20_ ж.(г.)

8. Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

9. Сәуле көздерінің және бақылау нүктелерінің орналасу схемасы (Схема расположения источников и контрольных точек) _____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

p/c № №п/п	Алынатын ласты бақылау орны (Место контроля снимаемого загрязнения)	Анықталған белсенділік, Бк/см ² Обнаруженная активность, Бк/см ²		Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)
		Жиынтық альфа-белсенділік (Суммарная альфа-активность)	Жиынтық бета-белсенділік (Суммарная бета-активность)	
1	2	3	4	5

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

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

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

Зерттеу нәтижелері тек сыналатын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
74-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
74- қосымша
Приложение 74
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 074/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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/сағ))	Рұқсат етілетін ЕТТД (мкЗв/ч) (Допустимая МЭД (мкЗв/сағ))	Ағзаның атауы (Наименование органа)	Өлшенген ЕТТД (мкЗв/ч) (Измеренная МЭД (мкЗв/сағ))	Рұқсат етілетін ЕТТД (мкЗв/ч) (Допустимая МЭД (мкЗв/сағ))
Алдынан (Спереди)			Оң жақ бүйірінен (С правого бока)		
Қалқанша без (Щитовидная железа)			Қалқанша без (Щитовидная железа)		
Кеуде (Грудь)			Кеуде (Грудь)		
Асқазан (Желудок)			Асқазан (Желудок)		
Жыныс ағзалары (Половые органы)			Жыныс ағзалары (Половые органы)		
Артынан (Сзади)			Сол жақ бүйірінен (С левого бока)		
Қалқанша без (Щитовидная железа)			Қалқанша без (Щитовидная железа)		
Кеуде (Грудь)			Кеуде (Грудь)		
Асқазан (Желудок)			Асқазан (Желудок)		

Жыныс ағзалары (Половые органы)		Жыныс ағзалары (Половые органы)	
---------------------------------------	--	---------------------------------------	--

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

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

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

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

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

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

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

Приложение 75
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 075/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 075/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года № _____

Дайын тағамдар мен жартылай фабрикаттарды зерттеу хаттамасы

Протокол исследования готовых блюд и полуфабрикатов

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

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

2. Тағамның, жартылай фабрикаттың атауы (Наименование блюда, полуфабриката) _____

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

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

5. Көлемі (Объем) _____

6. Партиялар саны (Номер партий) _____

7. Шығарылған күні (Дата выработки) _____

8. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

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

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

11 Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

12. Зерттеу әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний) _____

13. Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу нәтижелері

(Результаты исследования)

Сынама атауы (Наименование пробы)	Ингредиенттер көрсеткіштерінің және басқаларының атауы (Наименование показателей)	Анықталған шоғырландыру (Обнаруженная концентрация)	Нормативтік көрсеткіштер (Нормативные показатели)	Зерттеу әдісіне арналған НҚ
-----------------------------------	---	---	---	-----------------------------

	ингредиентов и других			НД на методы исследования
1	2	3	4	5

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

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

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

Сынау нәтижелері тек 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

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 076/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 076/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " _____ " _____ 20_ _____ года № _____</p>

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)				Метеорологиялық факторлар (Метеорологические факторы)				Алу уақыты (сағ.,мин) (Время отбора (час,мин))		
Сүзгілердің, сіңіргіштердің (Фильтров, поглоти- телей)	Кескіні бойынша алу нүктелерінің (Точек отбора по эскизу)			Үлгілерді алған орын (Точка отбора образцов)	Сынқ әдісіне НҚ (НД на метод испытаний)	Атмосфералық қысым, мм. сын. бағ. (Атмосферное давление мм. рт. ст.)	А у а температурасы Со (Температура воздуха)		Салыстырмалы ылғалдылығы (Относительная влажность)	Басталуы (Начало)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

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

Анықталатын заттың, ингредиенттің атауы (Наименование определяемого вещества, ингредиента)	Өлшем бірліктері, шоғырлануды зерттеу нәтижесі (Единицы измерения, результат исследования концентрации)				Зерттеу негізделіп жүргізілген нормативтік құжаттама (Нормативная документация в соответствии с которой проводились исследования)
	Ең жоғары - бір жолғы (Максимально-разовая)		Тәуліктік орташа (Среднесуточная)		
	Анықталған (Обнаруженная мг/м3)	РЕШШ (ПДК)	Анықталған (Обнаруженная мг/м3)	РЕШШ (ПДК)	
12	13	14	15	16	17

Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

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

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

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

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

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

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

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

Приложение 77
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 077/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 077/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года № _____

Жабық үй-жайлар мен жұмыс аймағы ауасының сынамасын алу және зерттеу хаттамасы
Протокол отбора и исследования проб воздуха закрытых помещений и рабочей зоны

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

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

2. Ауа сынамаларын алу орны, цех, учаске, бөлімше, үй-жай, ғимарат, бөлме, сынып және басқалар

(Место отбора проб воздуха (цех, участок, отд., помещение, здание, комната, класс и другие)

3. Алынған күні және уақыты (Дата и время отбора) _____

4. Жеткізілген күні мен 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		Метеорологиялық факторлар (Метеорологические факторы)					
Сүзгілердің, сіңіргіштердің (Фильтров, поглотителей)	Эскиз бойынша алу нүктелерінің (Точек отбора по эскизу)	Үлгілерді алған орын (Точка отбора образцов)	Атмосфералық қысым, мм. сын.бағ. (Атмосферное давление мм.рт. ст.)	Ауа температурасы Со (Температура воздуха Со)			
				Құрғақ (Сухого)	Ылғалды (Влажного)	Салыстырмалы ылғалдылығы (Относительная влажность)	Ауа қозғалысының жылдамдығы (Скорость движения воздуха)
1	2	3	4	5	6	7	8
Арақашықтық м, см (Расстояние в м, см)		Алу уақыты (сағ.,мин) (Время отбора (час,мин))					
Еденнен (От пола)	Ластану көзінен (От источника загрязнения)	Басталуы (Начало)	Аяқталуы (Конец)	Аспирация жылдамдығы, л/минутпен (Скорость аспирации, вл/мин)			
9	10	11	12	13			

Сіңіргіштер мен сүзгілердің нөмірлері осы нысанның (№___) артқы бетіне сәйкес жүргізілетін жабық үй-жайлардың ауасын зерттеу нәтижелерін тіркеу журналынан көшіріп жазылады. Номера поглотителей и фильтров переписываются из журнала регистрации результатов исследования воздуха закрытых помещений, который ведется в соответствии с разворотом данной формы.

Анықталатын заттың, ингредиенттің атауы (Наименование определяемого вещества, ингредиента)	Зерттеу нәтижелері, мг/м3 (Результаты исследования в мг/м3)		Зерттеу әдістемесі (Методика исследования)
	Ең жоғары – бір реттік (Максимально-разовая)		
	Анықталған шоғырландыру (Обнаруженная концентрация)	РЕШШ, ЭБҚД және басқалар (ПДК, ОБУВ и другие)	

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 испытанием)

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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Х а л ы қ т ы ң
санитариялық-эпидемиологиялық
саламаттылығы саласындағы
мемлекеттік органының немесе
ұйымының атауы
Наименование государственного
органа или организации в сфере

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің 20_
жылғы " " _____ № ____
бұйрығымен бекітілген № 078/е
нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация
Форма № 078/у
Утверждена приказом Министра
здравоохранения Республики

Жарықтандыруды өлшеу хаттамасы

Протокол измерений освещенности

№ _____ "___" _____ 20__ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы, цех, учаске, сынып, бөлме (Наименование объекта, адрес,

(цех, участок, класс, комната) _____

2. Өлшеу мақсаты (Цель измерения) _____

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

4. Фотоэлектрлік люксметр типі, инвентарлық (Фотоэлектрический люксметр типа, инвентарный) _____

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

6. Өлшеулер негізделіп жүргізілген НҚ (НД, в соответствии которой проводились измерения) _____

атап өтіңіз (перечислить)

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

8. Жабдықтардың орналасуы, шамдардың орналасуы, жарық беретін конструкциялардың орналасуы (терезе, жарық беретін шамдар) көрсетілген және өлшеу нүктелері енгізілген үй-жайдың эскизі (Эскиз помещения с указанием расстановки оборудования, размещения светильников, расположения светонесущих конструкций (окон, световых фонарей) и нанесением точек замеров) _____

9. Өлшеу жүргізілген күні (Дата проведения замера) _____

Жасанды жарықты өлшеу нәтижелері (Результаты измерения искусственной освещенности)

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

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)		Эскиз бойынша нүктенің нөмірі (Номер точки по эскизу)	Өлшеу орны (Место измерения)	Жұмыс разряды, кіші разряд (Разряд работы, под разряд)	Жалпы, жергілікті, аралас жарықтандыру жүйесі (Система освещения общее, местное, комбинированное)	Шамның түрі, типі және маркасы (Вид, тип и марка ламп)		Жарықтандыру люкспен (Освещенность в люксах)		Нормалар бойынша рұқсат етілген, лк (Допустимая по нормам, лк)		
1		2	3	4	5	6		7		8		
Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Эскиз бойынша нүкте нөмірі (Номер точки по эскизу)	Өлшеу орны (Место измерения)	Жұмыс разряды, кіші разряды (Разряд, подразряд работы)	Өлшеу жүргізу уақыты (Время проведения замера)	Үй-жай ішіндегі табиғи, біріктірілген, аралас жарықтандыру (Естественная, совмещенная, комбинированная освещенность внутри помещения)						Сыртқы жарық (Наружная освещенность)	ТЖК орташа мәні (КЕО среднее значение)
					Табиғи жарықтандыру кезінде При естественном освещении		Біріктірілген жарықтандыру кезінде При совмещенном освещении		Аралас жарықтандыру кезінде При комбинированном освещении			
					Жарықтандыру нақты өлшеу, лк (Фактический замер освещенности, лк)	Норма бойынша рұқсат етілген (Допустимая норма)	Жарықтандыру нақты өлшеу, лк (Фактический замер освещенности, лк)	Норма бойынша рұқсат етілген (Допустимая норма)	Жарықтандыру нақты өлшеу, лк (Фактический замер освещенности, лк)	Норма бойынша рұқсат етілген (Допустимая норма)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

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

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

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
79-қосымша

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

Приложение 79
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 079/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 079/y 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) _____ Со, ылғал ауаның (влажного) температурасы _____ Со

б) салыстырмалы ылғалдылық (относительная влажность) %: _____

в) қысым мм. сын. бағ. (давление мм. рт. ст.): _____

10. Өлшеу жүргізілген күні (Дата проведения замера) _____

Өлшеулер нәтижелері (Результаты замеров)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Эскиз бойынша нүктелердің № (№ точек по эскизу)	Өлшеу орны (Место измерений)	Ауырлық бойынша жұмыс санаты (Категория работ по тяжести)	Тәуліктің өлшеу жүргізілген уақыты (Время суток проведения измерений)	Ауа температурасы оС Температура воздуха оС		Ауаның салыстырмалы ылғалдылығы %-бен Относительная влажность воздуха в %	
					Өлшенген (Измеренная)	Нормалар бойынша оңтайлы/рұқсат етілген (Оптимальная/допустимая по нормам)	Өлшенген (Измеренная)	Нормалар бойынша оңтайлы/рұқсат етілген (Оптимальная/допустимая по нормам)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ауаның қозғалыс жылдамдығы м/с артық емес (Скорость движения воздуха не более м/с)		Ауаның шығыны, м³/сағ (Расход воздуха, м³/час)		Ауа алмасуының жиілігі (Кратность воздухообмена)		Ескерте Примечание		
Өлшенген Измеренная	Нормалар бойынша оңтайлы/рұқсат етілген оптимальная/допустимая по нормам	Өлшенген Измеренная	Рұқсат етілген (жоба бойынша) Допустимое (по проекту)	Есептелген Рассчитанная	Рұқсат етілген Допустимая			
10	11	12	13	14	15	16		

Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

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

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

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____ жылғы " " _____ № ____ _____ бұйрығымен бекітілген № 080/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 080/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года № _____

Орталықтандырылған және орталықтандырылмаған сумен жабдықтаудың ауыз су үлгілерін зерттеу хаттамасы

Протокол исследования образцов питьевой воды централизованного и нецентрализованного водоснабжения

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

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

2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

4. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

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

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

7. Көлемі (Объем) _____

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

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

10. Үлгі алу әдісіне арналған НҚ (НД на метод отбора) _____

11. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____

12. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____

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

Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	Анықталған концентрация Обнаруженная концентрация	Нормативтік көрсеткіштер Нормативные показатели	Зерттеу әдісіне НҚ (НД на метод исследования)
Иісі (запах) 20оС кезіндегі баллдары (балы при 20оС)			

Иісі (запах) 60oC кезіндегі баллдары (балы при 60oC)			
Дәмі (привкус)20oC кезіндегі баллдары (балы при 20oC)			
Түстілігі (цветность) градустар (градусы)			
Лайлылығы(мутность) стандарттық шкала бойынша мг/л (по стандартной шкале)			
pH			
Еркін қалдық хлор (Остаточный свободный хлор) мг/дм3			
Байланыстағы қалдық хлор (Остаточный связанный хлор) мг/л			
Қалдық озон (Остаточный озон) мг/л			
Перманганат тотығы (Окисляемость перманганатная) мг/л			
Аммиак азоты (Азот аммиака) мг/л			
Нитриттер азоты (Азот нитритов) мг/л			
Нитраттар азоты (Азот нитратов) мг/л			
Жалпы кермектік (Общая жесткость) мг-экв/л			
Құрғақ қалдық (Сухой остаток) мг/л			
Хлоридтер (Хлориды) мг/ л			
Сульфаттар (Сульфаты) мг/л			
Темір (Железо) мг/л			
Мыс (Медь) мг/л			
Кадмий мг/л			
Мырыш (Цинк) мг/л			
Қорғасын (Свинец) мг/л			
Күшән (Мышьяк) мг/л			
Ртуть (Сынап) мг/л			
Фтор мг/л			
Молибден мг/л			

Бериллий (Be 2+) мг/л			
Қалдық 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 сыналуға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытанием)

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
Х а л ы қ т ы ң 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 концентрация (Обнаруженная концентрация)	Нормативтік көрсеткіштер (Нормативные показатели)	Зерттеу әдістеріне арналған НК (НД на методы исследования)
Иісі (Запах)	Қарқындылығы, баллмен (Интенсивность в баллах)			
	Сипаты (суреттеледі) (Характер (описать))			
	Жоғалу шегі (араласқандағы) (Порог исчезновения (в разведении))			
Түстілігі, градуспен (Цветность в градусах)				
Түсі (суреттеу) (Цвет (описать))				
Түсінің жоғалу шегі (араласқандағы) (Порог исчезновения цвета (в разведении)				
Лай, тұнба (суреттеу) (Муть, осадок (описать))				
Мөлдірлігі (Прозрачность)				
Қалқып жүрген коспалар, 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 перманганатная) мг/ л				
ОХТ (ХПК) мгО ₂ /л				

Жалпы кермектігі (Жесткость общая) моль/л			
Жалпы минералдау (Құрғақ қалдық) Общяя 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 испытанием)

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/e нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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 членистоногого, пол) _____

7. Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний) _____

8. Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

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

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

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

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

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

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
83-қосымша
Приложение 83
к приказу Министра
здравоохранения

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылығы " __ " ____ №__ бұйрығымен бекітілген № 083/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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 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
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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық		Медицинская документация Форма № 084/у

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

Перианалдық қатпардан алынған қырындыны зерттеу нәтижесі

Результат исследования соскоба с перианальных складок

№ _____ " _____ " _____ 20__ ж.(г.)

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

2. Сынама алу орны (Место взятия пробы) _____

3. Алу уақыты (Время отбора) _____ жеткізілу уақыты (доставки) _____

4. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

5. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Т.А.Ә (ол болған жағдайда) (Ф.И.О (при его наличии))	Туған жылы (Год рождения)	Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	Ескертпе (Примечание)
1	2	3	4	5	6

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

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

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

Сынау нәтижелері тек 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

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № __ бұйрығымен бекітілген № 085/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 085/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ года № _____</p>

Нәжісті, перианалдық қатпардан алынған қырындыларды паразитологиялық зерттеу нәтижесі

Результат паразитологического исследования фекалий, соскобов с перианальных складок

№ _____ "___" _____ 20__ ж. (г.)

1. Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого) _____

2. Жасы (Возраст) _____ Мекенжайы (Адрес) _____

3. Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымының атауы (Место работы, учебы, наименование детской организации) _____

4. Алғашқы, кайталап, бақылау үшін зерттеу (Исследование первичное, повторное, контрольное) _____

5. Зерттеу кезінде анықталды: (при исследовании обнаружены): _____

гельминт жұмыртқалары (яйца гельминтов) _____

қарапайымдылар, вегетативті цисталар (Простейшие, вегетативные цисты) _____

6. Сынаманы зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

7. Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний) _____

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

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

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

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

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

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

Приложение 86
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрлігі

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____
жылғы " " _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№__ бұйрығымен бекітілген № 086/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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") "калың 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 нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 087/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____года № _____

Паразиттік ауруларды серологиялық зерттеулер нәтижесі

Результат серологических исследований на паразитарные заболевания

№ _____ " _____ " _____ 20 _____ ж. (Г.)

1. Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), обследуемого) _____

2. Туған жылы (год рождения) _____

3. Диагнозы (Диагноз) _____

қанның, нәжістің, тағы басқалардың үлгілерін зерттеу кезінде (При исследовании образцов крови, фекалий и других на) _____

және (и) _____

4. Ауыру күні (день болезни в) _____ анықталды (обнаружено) _____

5. Реакцияның түрі (вид реакции) _____

6. Антиденелер (антитела) _____

7. Антигендер (антигены) _____

8. Зерттеу нәтижелері (Результат исследования) _____

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

10. Сынаманы зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

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

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

Зерттеу нәтижелері тек сыналатын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына

88-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

88-қосымша

Приложение 88

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84 Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 088/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 088/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ года № _____

Санитариялық-паразитологиялық зерттеу хаттамасы

Протокол санитарно-паразитологического исследования

№ _____ " " _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Өтініш иесі (Заявитель) _____

2. Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца) _____

3. Үлгінің атауы мен саны (Наименование и число образцов) _____

4. Ыдыс, қаптама, таңбалау (тара, упаковка, маркировка) _____

5. Дайындалған күні (Дата изготовления) _____

6. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

7. Көлемі (Объем) _____

8. Үлгі алу орны, ұсынушы (Место отбора образца, предъявитель) _____

9. Үлгінің келіп түскен күні және уақыты (Дата и время поступления образца)

" ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

10. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

11. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования) _____

12. Нәтижелер берілген күн (Дата выдачи результатов) " ____ " _____ 20 ____ ж (г)

13. Нормативтік құжаттамаға сәйкестігіне (На соответствие нормативной документации) _____

14. Сынаманы зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

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

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

Сынау нәтижелері тек 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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Рес- публики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылығы " __ " __ № бұйрығымен бекітілген № 089/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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 сыналуға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытанием)

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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы		Медицинская документация Форма № 090/y

мемлекеттік органының немесе
ұйымының атауы
Наименование государственного
органа или организации в сфере
санитарно-эпидемиологического
благополучия населения

Утверждена приказом Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от "___" _____ 20__
года № _____

Дайын тағамдардың, рациондардың құнарлығын зерттеу хаттамасы

Протокол исследования готовых блюд, рационов на калорийность

№ _____ "___" _____ 20__ ж. (г.)

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

2. Тағамның, жартылай фабрикаттың атауы (Наименование блюда, полуфабриката)

3. Алынған орын (Место отбора)

4. Өндіруші (Изготовитель)

5. Өнімге арналған НҚ (НД на продукцию)

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

7. Жарамдылық мерзімі (Срок годности)

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

9. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

10. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

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

12. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

			Порцияның салмағы граммен (Вес порции в граммах)	Салмағы граммен (г) (Вес в граммах (г))		

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Тағамдардың атауы (Наименование блюд)	Зерттеу әдісіне НҚ (НД на метод испытаний)	Рецепт бойынша (По рецептуре)	Іс жүзінде (Фактически)	Іс жүзіндегі тығыз бөлігі (Плотной части фактически)	Гарнирдің гарнира		Еттің, балықтың мяса, рыбы	
						Рецепт бойынша (По рецептуре)	Іс жүзінде (Фактически)	Рецепт бойынша (По рецептуре)	Іс жүзінде (Фактически)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Өлшем бірлігімен химиялық құрамы, - г (Химический состав в единицах измерения – г)									
Құрғақ заттар Сухие вещества					Ақуыздар-көмірсулар белки-углеводы				
Рецепт бойынша (По рецептуре)	Ең төменгі рұқсат етілетін (Минимально допустимые)		Іс жүзінде (Фактически)		Рецепт бойынша (По рецептуре)		Ең төменгі рұқсат етілетін (Минимально допустимые)		Іс жүзінде (Фактически)
11	12		13		14		15		16
Химиялық құрамы, өлшем бірлігі г Химический состав в единицах измерения г									
Ақуыздар Белки			Майлар Жиры			Көмірсулар Углеводы			
Рецепт бойынша (По рецептуре)	Ең төменгі рұқсат етілетін (Минимально допустимые)	Іс жүзінде (Фактически)	Рецепт бойынша (По рецептуре)	Ең төменгі рұқсат етілетін Минимально допустимые)	Іс жүзінде (Фактически)	Рецепт бойынша (По рецептуре)	Ең төменгі рұқсат етілетін (Минимально допустимые)	Іс жүзінде (Фактически)	
17	18	19	20	21	22	23	24	25	
Құнарлылығы Калорийность		Ауытқуы Отклонение							
Теория жүзінде (Теория)	Ең төменгі рұқсат етілетін (Минимально допустимые)	Іс жүзінде (Фактически)	Ақуыздар (Белки)	Майлар	Көмірсулар (Углеводы)	Құнарлылығы (Калорийность)	Ақуыздар+ Көмірсулар (Белки+ Углеводы)		

ор ет ич ес ка я)	о допустимые)	Фактиче ски)		(Жир ы)		рийн ость)		"С" дәруменінің болуы (мг %) (Содержание вит. "С" (мг%))
26	27	28	29	30	31	32	33	34

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

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

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

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

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

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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 091/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ года № _____

Қоректік орталардың сапасын зерттеу хаттамасы
Протокол исследования качества питательных сред

№ "___" _____ 20__ ж.(г.)

1. Шарт бойынша келіп түскен үлгілер (Образцы, поступившие по договору): _____

2. Үлгіні жіберген мекеменің атауы, мекенжайы (Наименование учреждения, направившего образец, адрес): _____

3. Атауы (наименование): _____

4. Мөлшері (количество): _____

5. Зерттеудің басталу күні (дата начала исследования): _____

6. Зерттеудің аяқталу күні (дата окончания исследования): _____

7. Сынақ түрі (Вид испытаний): _____

Орта (Среды)	Ерекше белсенділік (Специфическая активность)	Тест-штамм (коллекция) (Тест-штамм) (коллекция)	Сұйылту (Разведение)	Инкубация және уақыт (Инкубация и время)	Өсу нәтижесі (Результаты роста)
1	2	3	4	5	6

Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование 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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____жылғы " " _____№____ бұйрығымен бекітілген № 092/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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/м ³ (Измеренная, равновесная, эквивалентная, объемная активность радона Бк/м ³) Топырақ бетінен алынған радон ағынының өлшенген тығыздығы (мБк/ш.м.сек) (Измеренная плотность потока радона с поверхности грунта (мБк/м ² ·сек))	Рұқсат етілетін шоғырлану Бк/м ³ (Допустимая концентрация Бк/м ³) Ағынның шекті тығыздығы (мБк/м ² ·сек) (Допустимая плотность потока (мБк/м ² ·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
Х а л ы қ т ы ң 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/см2 (б/ см2 х мин) (Плотность потока альфа-частиц, Бк/см2(част/см2 х мин))		Бета-бөлшектер ағынының тығыздығы, Бк/см2 (б/см2 х мин) (Плотность потока бета-частиц, Бк/см2 (част/см2 х мин))	
		Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)	Дозаның рұқсат етілетін қуаты (мкЗв/час, н/сек) (Допустимая мощность дозы (мкЗв/час, н/сек))	Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)	Рұқсат етілетін деңгейлер (Допустимые уровни)	Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)	Рұқсат етілетін деңгейлер (Допустимые уровни)
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Ауадағы радонның өлшенген, тепе-тең, эквивалентті, көлемді белсенділігі Бк/м3 (_____)	Топырақ бетінен алынған радон ағынының өлшенген тығыздығы (мБк/ш.м.сек) (Измеренная плотность _____)
---	--

Измеренная, равновесная, эквивалентная, объемная активность радона в воздухе Бк/м3)		потока радона с поверхности грунта (мБк/м2 сек)	
Өлшем саны (Количество измерений)	Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)	Өлшем саны (Количество измерений)	Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)
9	10	11	12

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

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

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

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

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

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____жылғы " " _____№____ бұйрығымен бекітілген № 094/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере</p>		<p>Медицинская документация Форма № 094/у Утверждена приказом Министра</p>

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 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
95-қосымша

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

Приложение 95
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 095/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 095/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года № _____

№ _____ әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттама

Протокол об административном правонарушении № _____

20 _____ жыл (года) " " _____ уақыт сағат минут (время часов минут)
толтыру орны (место составления)

Хаттаманы жасаған адамның лауазымы, тегі және аты-жөні (должность, фамилия и инициалы лица, составившего протокол) _____

Өзіне қатысты іс қозғалған тұлға туралы мәліметтер (Сведения о лице, в отношении которого возбуждено дело):

Жеке тұлғалар үшін (для физических лиц)

Әкімшілік құқық бұзушылық жасаған тұлғаның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) лица, совершившего административное правонарушение)

Туған жылы, айы, күні (Дата рождения) " ____ " ____ г.

Тұрғылықты жері (Место жительства): _____

Жеке басын куәландыратын құжаттың атауы мен деректемелері, (төлқұжат, жеке басын куәландыратын куәлік, тұрғылықты жері, азаматтығы жоқ тұлғаларды куәландыру, туу туралы куәлік, жеке кәсіпкерлік куәлігі) (Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорт, удостоверение личности, вид на жительство, удостоверение лица без гражданства, свидетельство о рождении, свидетельство индивидуального предпринимателя)

№ _____ берілген күні (дата выдачи) " ____ " ____ ж.(г.) _____

_____ кім берді (кем выдан))

сәйкестендіру нөмірі (Идентификационный номер) _____

Жұмыс орны (оқу орны) лауазымы (Место работы (учебы)), должность _____

Телефонның, факстың, ұялы байланыстың абоненттік нөмірі және (немесе) электрондық мекенжайы (бар болса) (Абонентский номер телефона, факса, сотовой связи и (или) электронный адрес (если они имеются)) _____

Басқа да белгілер (Прочие отметки) _____

Заңды тұлғалар үшін (для юридических лиц)

Заңды тұлғаның атауы (Наименование юридического лица) _____

Орналасқан жері (Место нахождения) _____

Заңды мекенжайы (Юридический адрес) _____

Заңды тұлғаның мемлекеттік тіркеу (қайта тіркеу) нөмірі және күні (номер и дата государственной регистрации (перерегистрации) юридического лица) _____

Ұйымдық-құқықтық нысан (Организационно-правовая форма) _____

Сәйкестендіру нөмірі (идентификационный номер) _____

Банктік деректемелер (Банковские реквизиты) _____

Телефонның, факстың, ұялы байланыстың абоненттік нөмірі және (немесе) электрондық мекенжайы (бар болса) (абонентский номер телефона, факса, сотовой связи и (или) электронный адрес (если они имеются)) _____

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс қозғау үшін себептер мен негіз ӘҚБтК-ның 802-бабына сәйкес (Поводы и основание для возбуждения дела об административном правонарушении, в соответствии со статьей 802 КоАП): _____

_____ (Құқық бұзушылықтың мән-жайы) әкімшілік құқық бұзушылық жасалған жері, уақыты және мәні (Фабула правонарушения) место, время совершения и существо административного правонарушения) _____

санитариялық-эпидемиологиялық қағидалар немесе гигиеналық нормативтердің немесе басқа да нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуы болып есептеледі (что является нарушением требований санитарно-эпидемиологических правил и норм либо гигиенических нормативов, либо иных нормативных правовых актов)

ӘҚБтК-нің 2-бөлімінің Ерекше бөлігінің осы құқық бұзушылық үшін әкімшілік жауаптылық көзделетін бабы (статья Особенной части раздела 2 КоАП, предусматривающая административную ответственность за данное правонарушение)____

Егер куәлар және жәбірленушілер болса, олардың тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), мекенжайлары (Фамилии, имена, отчества (при их наличии), адреса свидетелей и потерпевших, если они имеются)_____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласында бұрын әкімшілік жауапкершілікке тартылуы (привлекался ли ранее к административной ответственности в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения _____) иә/жоқ, ӘҚБтК-ның бабын, жауапкершілікке тарту күнін көрсету (да/нет, указать статью КоАП , дата привлечения)

Өзіне қатысты іс қозғалған жеке тұлғаның не заңды тұлға өкілінің түсініктемесі (Объяснение физического лица либо представителя юридического лица, в отношении которого возбуждено дело/отказ от дачи объяснения)

Іс жүргізудің тілі (Язык производства)_____

ӘҚБтК 744, 810, 811-баптарында көзделген істі қозғау бойынша тұлғаның, сондай-ақ басқа қатысушылардың құқықтары мен міндеттерін түсіндіру туралы белгі (Отметка о разъяснении прав и обязанностей лицу, в отношении которого возбуждено дело, а также другим участникам производства по делу, предусмотренных статьями 744 , 810, 811 КоАП)_____

Прокурор инвесторлар тізіліміне енгізген инвесторларға қатысты әкімшілік құқық бұзушылық туралы істі қозғау туралы шешімді келісу/бас тарту туралы белгі (Отметка о согласовании/отказе решения о возбуждении дела об административном правонарушении в отношении инвесторов, включенных в реестр инвесторов прокурором) _____

ӘҚБтК-ның 785-бабына сәйкес өндірісті қамтамасыз ету шараларын 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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 096/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " 20_ года №

Құқықтарды түсіндіру хаттамасы Протокол разъяснения прав

20__ ж.(г.) _____
қаласы (ауылы)

20__ ж.(г.) _____ қаласы (ауылы)

Мен (Я), _____

"Әкімшілік құқық бұзушылық туралы" Қазақстан Республикасының Кодексінің (бұдан әрі – ӘҚБтК) 744 және 810- 811-баптарымен таныстырдым/ознакомила со статъями 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 (желая давать объяснения и показания, заявлять ходатайства, приносить жалобы, знакомиться с материалами дела, выступать при его рассмотрении на) _____ тілінде беремін (языке).

Аудармашының көмегін (в услугах переводчика) _____ қажет етемін, қажет етпеймін (нуждаюсь, не нуждаюсь)

Қорғаушының көмегін (в юридической помощи защитника) _____ қажет етемін, қажет етпеймін (нуждаюсь, не нуждаюсь)

ӨҚБтК 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)) _____

ТАӨ, 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

A4 Форматы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 097/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 097/y Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года № _____

**Адамдарды жұмыстан уақытша шеттету жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы
бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің № _____ қаулысы**

**Постановление главного государственного санитарного врача о применении меры
оперативного реагирования о временном отстранении лиц от работы № _____**

" " _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт) _____

— Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и
надзора) _____

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

(керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии) Жедел ден қою шаралары мәніне жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге асыру және (немесе) нәтижелерінің материалдарын қарап (бар болса) (Рассмотрев материалы осуществления и (или) результатов государственного контроля, относящиеся к предмету меры оперативного реагирования (при наличии)) _____

техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото - және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері және өзге де материалдар (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы) Барысында және (немесе) нәтижелері бойынша анықтады (установил, что в ходе и (или) по результатам) _____

бақылау нысаны (форма контроля) лауазымды тұлға (должностным лицом) _____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) Мыналар анықталды (выявлено следующее): _____

бұзушылықтың(дың) анықталған күні (дата выявления нарушения (й) _____

жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық- эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования) "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38 бабы 1) тармағының 1) тармақшасының, 38 бабы 2) тармағының 4) тармақшасының негізінде ҚАУЛЫ ЕТТІ (На основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" ПОСТАНОВИЛ): жұмыстан уақытша шеттету (временно отстранить от работы с) 20__ жылғы (года) "___" _____ бастап, (до) 20__ жылғы (года) "___" _____ ға дейін _____

_____ бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), толық атауы (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора) Осы қаулының орындалуы үшін жауапкершілік мыналарға жүктеледі (Ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на):

_____ (бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), толық атауы) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора) Мемлекеттік бақылау мен қадағалауды жүргізген адамның (адамдардың) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) және лауазымы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность лица (лиц), проводившего государственный контроль и надзор): _____

_____ Анықталған бұзушылықтарды жою жөніндегі нұсқаулар (Указания по устранению выявленных нарушений): _____

Осы қаулының орындалуы туралы ақпарат ұсынылсын (Информацию о выполнении настоящего постановления представить в) _____

_____ (мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа) (представить к) "____" _____ жылы (года) ұсынылсын. Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (қолма- қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен, электрондық мекенжайға) (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования (нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением на адрес, на электронный адрес)) _____

_____ Бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің күні мен қолы (Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его представителя) Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулы алудан бас тартты (Руководитель субъекта контроля и надзора или его представитель отказался от получения постановления о применении меры оперативного реагирования) _____

_____ лауазымды адамның қолы және тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица) Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного реагирования) _____

_____ қолы және тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны бақылау

және қадағалау субъектісі (объектісі) қаулы алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс (Постановление о применении меры оперативного реагирования подлежит исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента получения постановления).

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Мөр орны Место печати	Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)
--	--------------------------	---

Қаулы _____ данада жасалды.

Постановление составлено в _____ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
98-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
98-қосымша

Приложение 98
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____ жылғы " " _____ №_ _____ бұйрығымен бекітілген № 098/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 098/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " _____ " _____ 20_ _____ года № _____

Инфекциялық және паразиттік аурулармен ауыратын науқаспен тығыз байланыста болған адамдарды жұмыстан (оқудан) уақытша шеттету туралы № _____ қаулы
Постановление о временном отстранении от работы (учебы) лиц состоявших в близком контакте с инфекционным и паразитарным больным № _____

20 ____ жылғы (года) " ____ " _____ (город) _____ қаласы

Мемлекеттік Бас санитариялық дәрігер (орынбасары)

(Главный государственный санитарный врач (заместитель)

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

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

_____ ұсынылған мына материалдарды қарап (атап көрсетіңіз)

(рассмотрев представленные материалы (перечислить)

_____ мыналарды анықтадым (установил) _____

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

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

_____ "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан
Республикасы

Кодексінің 38-бабының 2-тармағының 3) тармақшасының негізінде

(На основании подпункта на подпункт 3 пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения")

ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (ПОСТАНОВИЛ):

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

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

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

_____ уақытша жұмыстан босатылсын.

Осы қаулының орындалу жауапкершілігі

(ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на)

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

_____ жүктелсін.

Мөр орны Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет ұйымының
басшысы

Место печати (Руководитель государственной организации
санитарно-эпидемиологической службы) (орынбасары (заместитель)) _____

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

Қаулыны алдым (Постановление получил) _____

(атқаратын лауазымы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), алған күні, қолы)

(занимаемая должность, Ф.И.О. (при его наличии), дата получения, подпись)

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
99-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
99-қосымша
Приложение 99

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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ №__ _____ бұйрығымен бекітілген № 099/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 099/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ _____ года № _____

Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау жөніндегі қызметін немесе оның жекелеген түрлерін (процестерін, іс-әрекеттерін) тоқтата тұру туралы жедел ден қою шарасын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысы

Постановление главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о приостановлении деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действий)

"___" _____ жыл (года) Елді мекен (населенный пункт) ____

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

(керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

ұсынылған материалдар мен мәліметтерді қарап (рассмотрев представленные материалы и сведения): _____

қызметі тоқтатыла тұрған тұлға туралы мәліметтер: жеке кәсіпкер немесе заңды тұлға (қажетінің астын сызу) (сведения о лице, чья деятельность приостанавливается: индивидуального предпринимателя или юридического лица (нужное подчеркнуть)

жеке кәсіпкердің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии) индивидуального предпринимателя) _____

мемлекеттік тіркеу куәлігінің № және берілген күні (№ и дата выдачи свидетельства государственной регистрации)

Туған күні (Дата рождения) _____

Тұрғылықты жері (Место жительства) _____

жеке басын куәландыратын құжаттың атауы және деректемелері (наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность) _____

жеке сәйкестендіру нөмірі (индивидуальный идентификационный номер) _____

тұрғылықты жері бойынша тіркеу туралы мәліметтер (сведения о регистрации по месту жительства) _____

Жұмыс орны, атқаратын лауазымы, ұйымның мекенжайы (Место работы, занимаемая должность, адрес организации)

Заңды тұлға (Юридическое лицо) _____

басшының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), атауы, ұйымдық-құқықтық нысаны (фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя, наименование, организационно-правовая форма) _____

заңды тұлға ретінде мемлекеттік тіркеу нөмірі (номер государственной регистрации в качестве юридического лица) _____

Бизнес сәйкестендіру нөмірі және банк деректемелері (Бизнес идентификационный номер и банковские реквизиты) _____

Жедел ден қою шаралары нысанасына жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге асыру материалдары және (немесе) нәтижелері (бар болса) (материалы осуществления и (или) результатов государственного контроля, относящиеся к предмету меры оперативного реагирования (при наличии)) _____

техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері және өзге де материалдар (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

мыналар (установил, что в ходе) _____ барысында

бақылау нысаны (форма контроля)

лауазымды тұлға (должностным лицом) _____

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

мыналарды анықтады (выявлено следующее): _____

бұзушылықтың(тардың) анықталған күні (дата выявления нарушения (й))

жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабы 1-тармағының 1) тармақшасы, 38-бабы 2-тармағының 4) тармақшасы негізінде ҚАУЛЫ ЕТТІ (На основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения") ПОСТАНОВИЛ:

(ПРИОСТАНОВИТЬ с) 20__ жылғы (года) "___" _____ бастап (до) 20__ жылғы (года) "___" _____ дейін

Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша тоқтатыла тұратын қызмет түрін немесе оның жекелеген түрлерін (процестер, іс-әрекеттерін) көрсету (указать вид приостанавливаемой деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действий))

ТОҚТАТЫЛА ТҰРСЫН.

Осы қаулының орындалуы үшін жауапкершілік мыналарға жүктеледі (Ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на):

бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), толық атауы (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)

Анықталған бұзушылықтарды жою жөніндегі нұсқаулар (Указания по устранению выявленных нарушений): _____

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования)

Күні және бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің қолы (Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его представителя)

Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алудан бас тартты (Руководитель субъекта контроля и надзора или его представитель отказался от получения постановления о применении меры оперативного реагирования) _____

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

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного реагирования) _____

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

Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс (Постановление о применении меры оперативного реагирования подлежит исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента получения постановления).

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы 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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 100/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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 карап, (рассмотрев документы)

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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық		

саламаттылығы саласындағы
мемлекеттік органының немесе
ұйымының атауы
Наименование государственного
органа или организации в сфере
санитарно-эпидемиологического
благополучия населения

Медицинская документация
Форма № 101/у
Утверждена приказом Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от "___" _____ 20__
года № _____

Бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай профилактикалық бақылау нәтижелері бойынша анықталған бұзушылықтарды жою туралы ұсыным

Рекомендация об устранении нарушений, выявленных по результатам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля и надзора

20__ жылғы "___" _____ № _____ "___" _____ 20__ года № _____

—

(мемлекеттік органның атауы/наименование государственного органа)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 44-бабы 4-тармағына сәйкес Сізді хабардар етеді (В соответствии с пунктом 4 статьи 44 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" уведомляет Вас) _____

(бақылау және қадағалау субъектісінің атауы, жеке сәйкестендіру нөмірі/ бизнес-сәйкестендіру нөмірі/наименование, индивидуальный идентификационный номер/бизнес-идентификационный номер, субъекта (объекта) контроля и надзора)

Объектінің орналасқан жері (Место нахождение объекта): _____

(индексі, облыс, қала, мекенжайы/индекс, область, город, адрес) бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы профилактикалық бақылау нәтижелері бойынша (по результатам профилактического контроля в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения без посещения субъекта (объекта) контроля и надзора) мынадай бұзушылық (бұзушылықтар) анықталды (установлено (установлены) следующее (следующие) нарушение (нарушения)):

Нормативтік құқықтық актілердің
бұзылған баптарына,
тармақтарына, тармақшаларына
сілтеме жасай отырып,

р/с № №п/п	бұзушылық сипатының сипаттамасы (Описание характера нарушения, со ссылкой на статьи, пункты и подпункты нормативных правовых актов, положения которых нарушены)	Бұзушылықтарды растайтын құжаттардың деректемелері мен атаулары (Реквизиты и наименования документов, подтверждающих нарушения)
---------------	---	--

(Бұзушылықтың әрбір фактісі жеке тармақпен белгіленеді және нормативтік құқықтық актілердің, ережелердің бұзылған бабына, тармағына және тармақшасына сілтеме жасала отырып, бұзушылық сипаты көрсетіле отырып рет-ретімен нөмірленеді. Бұзушылық сипаттамасында бұзушылықты растайтын құжаттардың атауы мен деректемелеріне сілтеме беріледі/Каждый факт нарушения фиксируется отдельным пунктом и нумеруется в сквозном порядке с описанием характера нарушения со ссылкой на статьи, пункты и подпункты нормативных правовых актов, положения которых нарушены. В описании нарушения делается ссылка на реквизиты и наименования документов, подтверждающих нарушения)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 44-бабы 4- тармағына сәйкес мынаны ұсынамын (В соответствии с пунктом 4 статьи 44 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" рекомендую):

1) _____

2) _____

Бақылау және қадағалау субъектісі ұсыныммен келіскен жағдайда ұсынымды тапсырған (алған) күннен кейінгі күннен бастап отыз жұмыс күні ішінде көрсетілген бұзушылықтар жойылады және ұсынымда көрсетілген мерзім өткен күннен бастап 3 (үш) жұмыс күні өткеннен кейін ұсынымды жіберген мемлекеттік органға орындау туралы ақпарат ұсынылады (В случае согласия с рекомендацией субъектом контроля и надзора в течение тридцати рабочих дней со дня, следующего за днем вручения (получения) рекомендации, устраняются указанные нарушения и по истечении 3 (трех) рабочих дней со дня истечения срока, указанного в рекомендации представляется информация об исполнении в государственный орган, направивший рекомендацию).

Бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы профилактикалық бақылау нәтижелері бойынша анықталған бұзушылықтарды жою туралы осы ұсынымда көрсетілген, анықталған бұзушылықтарды жою туралы ақпарат (растайтын құжаттардың көшірмелерін қоса бере отырып) төмендегі тәсілдердің бірімен

_____:

1) электрондық мекенжайға: _____

_____;

2) қолма-қол немесе мекенжайға хабарлай отырып пошта арқылы тапсырыс хатпен:

_____;

3) "цифрлық үкімет" веб-порталы арқылы электрондық тәсілмен ұсынылады _____

(Информация об устранении выявленных нарушений (с приложением копий подтверждающих документов), указанных в настоящих рекомендациях об устранении нарушений, выявленных по результатам профилактического контроля в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения без посещения субъекта (объекта) контроля и надзора представляется в _____ одним из следующих способов:

1) на электронный адрес: _____;

2) нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением на адрес:

3) электронным способом посредством веб-портала "цифрового правительства").

Ұсынымда көрсетілген бұзушылықтармен келіспеген жағдайда бақылау субъектісі ұсынымды жіберген мемлекеттік органға ұсыным тапсырылған күннен кейінгі күннен бастап 5 (бес) жұмыс күні ішінде қарсылық жіберуге құқылы. Қарсылыққа қарсылықтың дәлелдерін растайтын құжаттардың көшірмелері қоса беріледі (При несогласии с нарушениями, указанными в рекомендации, субъект контроля вправе направить в государственный орган, направивший рекомендацию, возражение в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня следующего за днем вручения рекомендации).

К возражению прилагаются копии документов, подтверждающие доводы возражения).

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 44-бабы-8-тармағына сәйкес бақылау мен қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай профилактикалық бақылау барысында анықталған бұзушылықтарды жою туралы ұсынымды белгіленген мерзімде орындамау, бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бару арқылы профилактикалық бақылау жүргізудің жартыжылдық тізіміне қосу жолымен бақылау және қадағалау субъектісін (объектісін) бару арқылы профилактикалық бақылау үшін бақылау және қадағалау субъектісін (объектісін) іріктеуге негіз болып табылады (В соответствии с пунктом 8 статьи 44 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" неисполнение в установленный срок рекомендации об устранении выявленных нарушений в ходе профилактического контроля без посещения субъекта (

объекта) контроля и надзора является основанием для отбора субъекта (объекта) контроля и надзора для профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля и надзора путем включения в полугодовой список проведения профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля и надзора).

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау органы аумақтық бөлімшесінің басшысы (басшысының орынбасары) (Руководитель (заместитель руководителя) территориального подразделения государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения) _____

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

Ұсыным берілді (Рекомендация вручена): _____

(аумақтық мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау органының лауазымды тұлғасының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы, күні (фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения подпись, дата).

Ұсынымды алды (Рекомендацию получил): _____

(бақылау және қадағалау субъектісінің өкілінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы, күні/фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя субъекта (объекта) контроля и надзора, подпись, дата).

Ұсыным жіберілді (Рекомендация отправлена): _____

(жіберілгенін және (немесе) алынғанын растайтын құжат (документ, подтверждающий факт отправки и (или) получения).

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 102-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
102-қосымша
Приложение 102
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ жылғы "___" "____" № ___ бұйрығымен бекітілген № 102/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 102/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" "____" 20_ года № _____

Уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы Қазақстан Республикасының Бас мемлекеттік санитариялық дәрігерінің қаулысы

Постановление Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан о введении временных санитарных мер

"___" _____ жыл (года) Елді мекен (населенный пункт) _____

Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора) _____

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

(керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))
(нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

мемлекеттік бақылауды жүзеге асырудың және (немесе) нәтижелерінің ұсынылған материалдарын қарап (рассмотрев представленные материалы осуществления и (или) результатов государственного контроля) _____

_____ техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері, тиісті халықаралық ұйымдардан, Еуразиялық экономикалық одаққа мүше мемлекеттерден немесе үшінші елдерден мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау мен қадағалаудың бақылауындағы өнімнің (тауарлардың) Еуразиялық экономикалық одақтың кедендік аумағына әкелінуіне және адам өмірі, денсаулығы және оның мекендеу ортасы үшін қауіпті айналымына жол бермеу жөніндегі қолданылатын санитариялық шаралар туралы ақпарат және өзге де материалдар (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы, информация от соответствующих международных организаций, государств – членов Евразийского экономического союза или третьих стран о применяемых санитарных мерах по недопущению ввоза на таможенную территорию Евразийского экономического союза и оборота опасной для жизни, здоровья человека и среды его обитания подконтрольной государственному санитарно-эпидемиологическому контролю и надзору продукции (товаров) и иные материалы) (установил, что в ходе) _____

_____ барысында бақылау нысаны (форма контроля) лауазымды тұлға (должностным лицом) _____ лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) мыналарды анықтады (выявлено следующее): _____

_____ бұзушылықтың(тардың) анықталған күні (дата выявления нарушения (й)) _____

_____ халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабы 1-тармағының 15) тармақшасы, 38-бабы 2-тармағының 5) тармақшасы негізінде ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (На основании подпункта 15) пункта 1 статьи 38, подпункта 5) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" ПОСТАНОВЛЯЮ):

техникалық регламенттердің және (немесе) Еуразиялық экономикалық одақтың бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін өнімді (тауарды) (запретить ввоз продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям технических регламентов и (или) единым

санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза) _____

_____ Өнімнің атауы, өндіруші, СЭҚ ТН коды, өзге де сәйкестендіру деректері (наименование продукции, производитель, код ТНВЭД, иные идентификационные данные) әкелуге тыйым салынсын, сондай-ақ келесі іс-шаралар жүзеге асырылсын (а также осуществить следующие мероприятия): _____

_____ Мемлекеттік бақылау мен қадағалауды жүргізген адамның (адамдардың) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) және лауазымы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность лица (лиц), проводившего государственный контроль и надзор): _____

_____ Уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо, оформившее постановление о введении временных санитарных мер) _____

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

Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы қаулыны алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс.

Постановление о введении временных санитарных мер подлежит исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента получения постановления.

Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Мөр орны Место печати	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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 103/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ года № _____

Бақылау мен қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау жөніндегі қызметіне немесе оның жекелеген түрлеріне (процестеріне, іс-әрекеттеріне) тыйым салу туралы жедел ден қою шарасын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысы

Постановление главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о запрещении деятельности по производству продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия)

"___" _____ жыл (года) Елді мекен (населенный пункт) _____

Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора) _____

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

__ керегінің астын сызыңыз (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии) (нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии) ұсынылған материалдар мен мәліметтерді қарап (рассмотрев представленные материалы и сведения): _____

_____ қызметіне

тыйым салынған адам туралы мәліметтер: жеке кәсіпкер немесе заңды тұлға (керегінің астын сызу) (сведения о лице, чья деятельность запрещается: индивидуального предпринимателя или юридического лица (нужное подчеркнуть) _____

_____ жеке кәсіпкердің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии) индивидуального предпринимателя) _____

_____ мемлекеттік тіркеу куәлігінің № және берілген күні № и дата выдачи свидетельства государственной регистрации

Туған күні (Дата рождения) _____
Тұрғылықты жері (Место жительства) _____

_____ жеке басын куәландыратын құжаттың атауы және деректемелері (наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность) _____

_____ жеке сәйкестендіру нөмірі (индивидуальный идентификационный номер) _____

_____ тұрғылықты жері бойынша тіркеу туралы мәліметтер (сведения о регистрации по месту жительства) _____

_____ (Жұмыс орны, атқаратын лауазымы, ұйымның мекенжайы) (Место работы, занимаемая должность, адрес организации)

Заңды тұлға (Юридическое лицо) _____
_____ басшының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), атауы, ұйымдық-құқықтық нысаны (фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя, наименование, организационно-правовая форма) _____

(заңды тұлға ретінде мемлекеттік тіркеу нөмірі) (номер государственной регистрации в качестве юридического лица) _____

_____ (Бизнес сәйкестендіру нөмірі және банк деректемелері) (Бизнес идентификационный номер и банковские реквизиты) жедел ден қою шаралары нысанасына жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге асыру материалдары және (немесе) нәжелері (бар болса) (материалы осуществления и или (результаты) государственного контроля, относящиеся к предмету меры оперативного реагирования (при наличии)) _____

_____ (техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері және өзге де материалдар) (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации

, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

(установил, что в ходе) _____

__ бақылау нысаны (форма контроля) барысында лауазымды тұлға (должностным лицом) _____ лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) мыналарды анықтады (выявлено следующее) _____

_____ бұзушылықтың(тардың)

анықталған күні (дата выявления нарушения (й) _____

_____ жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабы 1-тармағының 1) тармақшасы, 38-бабы 2-тармағының 4) тармақшасы негізінде ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (На основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" ПОСТАНОВЛЯЮ):

(ПРИОСТАНОВИТЬ с) 20__ жылғы (года) "___" _____ бастап (до) 20__ жылғы (года) "___" _____ дейін _____

_____ тыйым салынған қызмет түрін немесе оның жекелеген түрлерін көрсету (процестер, іс-қимылдар) (указать вид запрещаемой деятельности по производству, продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия) ТОҚТАТЫЛА ТҰРСЫН, сондай-ақ мынадай іс-шаралар орындалсын (а также выполнить следующие мероприятия): _____

Осы қаулының орындалуы туралы ақпарат (Информацию о выполнении настоящего постановления представить в) _____

_____ (мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа) (представить к) "___" _____ жылы (года) ұсынылсын.

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного реагирования) _____ қолы және тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс.

Постановление о применении меры оперативного реагирования подлежит исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента получения постановления.

Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Мөр орны Место печати	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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық		Медицинская документация Форма № 104/y

саламаттылығы саласындағы
мемлекеттік органының немесе
ұйымының атауы
Наименование государственного
органа или организации в сфере
санитарно-эпидемиологического
благополучия населения

Утверждена приказом Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от " ____ " ____ 20__
года № _____

Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін өнімді (тауарды) өткізуден алып қою және кері қайтарып алу туралы жедел ден қою шарасын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің № _____ қаулысы

Постановление главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об изъятии и отзыве с реализации продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза № _____

" ____ " ____ жыл (года)
уакыты (время)

Елді мекен (населенный пункт) _____

Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора) _____

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

_____ керегінің астын сызыңыз (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

жедел ден қою шаралары нысанасына жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге асырудың және (немесе) нәтижелерінің ұсынылған материалдарын қарап (бар болса) (рассмотрев представленные материалы осуществления и (или) результатов государственного контроля, относящиеся к предмету меры оперативного реагирования (при наличии)) _____

_____ техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото - және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері және өзге де материалдар (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы) (установил, что в ходе) _____

_____ барысында бақылау нысаны (форма контроля) лауазымды тұлға (должностным лицом) _____ лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) мыналарды анықтады (выявлено следующее): _____

_____ бұзушылықтың(тардың) анықталған күні (дата выявления нарушения (й) _____

_____ жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабы 1-тармағының 1) тармақшасы, 38-бабы 2-тармағының 4) тармақшасы негізінде ҚАУЛЫ ЕТЕМІН:

На основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" ПОСТАНОВЛЯЮ:

осы қаулыны алған сәттен бастап дереу техникалық регламенттердің және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарға және Еуразиялық экономикалық одақтың талаптарына сәйкес келмейтін мынадай өнім (тауар)) өткізуден алып қойылсын және кері қайтарып алынсын (незамедлительно с момента получения настоящего постановления изъять и отозвать с реализации следующую (следующий) продукцию (товар), не соответствующую (не соответствующий) требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям и Евразийского экономического союза):

№	Өнімнің атауы (Наименование продукции)	Өндіруші, өнім өндіретін ел (Производитель, страна изготовления продукции)	Партия нөмірі (Номер партии)	Алып қойылатын және кері қайтарып алынатын өнімнің саны (Количество изымаемой и отзываемой продукции)
1	2	3	4	5

Растайтын материалдарды қоса бере отырып, өнімді (тауарды) өткізуден алып қойылған және кері қайтарып алынған өнімге қатысты жүргізілген іс-шаралар туралы ақпарат осы қаулыны алған сәттен бастап күнтізбелік 10 күн ішінде ұсынылсын (Информацию о проведенных мероприятиях в отношении изъятой и отозванной с реализации продукции (товара) с приложением подтверждающих материалов представить в течение 10 календарных дней с момента получения настоящего постановления в)

мемлекеттік органның атауы, мекенжайы, e-mail және басқа да байланыс деректері (наименование государственного органа, адрес, e-mail и другие контактные данные)

Осы қаулының орындалуы үшін жауапкершілік мыналарға жүктеледі (Ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на):

бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған 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))

Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Мөр орны Место печати	Т.А.Ә. (ол болған жааағдайда) 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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 105/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" "___" 20_ года № _____

Адамдарды емдеуге жатқызуға жіберуді ұйымдастыру туралы жедел ден қою шараларын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысы

Постановление главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об организации направления лиц на госпитализацию

"___" _____ жыл (года) Елді мекен (населенный пункт) _____

Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора) _____

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

____ (қажетінің астын сызу керек) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии)) Жедел ден қою шаралары нысанасына жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге асырудың және (немесе)

нәтижелерінің ұсынылған материалдарын қарап (бар болса) (рассмотрев представленные материалы осуществления и (или) результаты государственного контроля, относящиеся к предмету меры оперативного реагирования (при наличии)) ____

____ (техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото - және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері және өзге де материалдар) (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы) (установил, что в ходе)

____ барысында бақылау нысаны (форма контроля) лауазымды тұлға (должностным лицом) ____ лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) мыналарды анықтады (выявлено следующее):

____ бұзушылықтың(тардың) анықталған күні (дата выявления нарушения (й) ____

____ жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования) "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабы 1-тармағының 1) тармақшасы, 38-бабы 2-тармағының 4) тармақшасы негізінде ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (На основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" ПОСТАНОВЛЯЮ): (в срок до) "____" ____ жылға (года) дейінгі мерзімде мына адамдарды ауруханаға жатқызуға жіберу ұйымдастырылсын (организовать направление следующих лиц на госпитализацию)

№	Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество) (при его наличии)	Туған күні (Дата рождения)	Жынысы (Пол)	Диагнозы (Диагноз)	(Кайда жіберіледі (Направляется в)
1	2	3	4	5	6

Осы қаулының орындалуы туралы ақпарат (Информацию о выполнении настоящего постановления представить в) ____

_____ мемлекеттік органның атауы (наименование государственного органа) (к) "____" жылы (года) ұсынылсын.

Осы қаулының орындалуы үшін жауапкершілік мыналарға жүктеледі (Ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на): _____

бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), толық атауы (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора) Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования) _____

Бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің қолы мен күні (Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его представителя)

Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алудан бас тартты (Руководитель субъекта контроля и надзора или его представитель отказался от получения постановления о применении меры оперативного реагирования) _____

_____ лауазымды адамның қолы және тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица) Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного реагирования) _____

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

Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс (Постановление о применении меры оперативного реагирования подлежит исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента получения постановления).

Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Мөр орны Место печати	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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 106/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года № _____

№ ____ әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қаулы
Постановление по делу об административном правонарушении № ____

20 ____ ж. (г.) " ____ " _____ 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 катысты іс қаралған тұлға туралы мәліметтер (сведения о лице, в отношении которого рассмотрено дело): Жеке тұлғалар үшін (для физических лиц): тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии)) _____

_____ туған күні (дата рождения) _____

_____ тіркелген жері (место жительства) _____

_____ Жеке басын куәландыратын құжаттың атауы және деректемелері (наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность) _____

_____ идентификационный номер _____

_____ Мекенжайы бойынша тіркеу туралы мәлімет (сведения о регистрации по месту жительства) _____

_____ Жұмыс орны, атқаратын қызметі, ұйымның атауы (место работы, занимаемая должность, адрес организации) _____

_____ Заңды тұлғалар үшін (для юридических лиц): атауы (наименование) _____

_____ ұйымдық-құқықтық нысаны (организационно-правовая форма) _____

_____ орналасқан жері (место нахождения) _____

_____ заңды тұлға ретіндегі мемлекеттік тіркеу нөмірі және күні (номер и дата государственной регистрации в качестве юридического лица) _____

_____ бизнес-сәйкестендіру нөмірі және банктік деректемелер (идентификационный номер и банковские реквизиты) _____ Қаралған іс бойынша өндіріс тілі (язык производства по рассматриваемому делу) _____

_____ АНЫҚТАДЫ (УСТАНОВИЛ): Істі қарау кезінде анықталған мән-жайлар/обстоятельства, установленные при рассмотрении дела _____

_____ әкімшілік құқық бұзушылық үшін жауапкершілік көзделетін, істі қарау кезінде жасалған әкімшілік құқық бұзушылық, айыпталушының жеке басы, оның ішінде айыпталғанға дейінгі және кейінгі мінез-құлқы, мүліктік жағдайы, жауапкершілікті жеңілдететін және ауырлататын жағдай белгіленген ӘҚБтК бабы (статья КоАП,

предусматривающая ответственность за административное правонарушение обстоятельства, установленные при рассмотрении дела, характер совершенного административного правонарушения, личность виновного, в том числе его поведение до и после совершения правонарушения, имущественное положение, обстоятельства смягчающие и отягчающие ответственность) _____

_____ Жоғарыда көрсетілген негізде және ӘҚБтК-нің 701, 818, 821, 822, 823-баптарын басшылыққа ала отырып (На основании вышеизложенного и руководствуясь статьями 701, 818, 821, 822, 823 КоАП), ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (ПОСТАНОВИЛ): ӘҚБтК ____ бабының ____ бөлігі бойынша (АЕК/көлемде) әкімшілік жаза қолдану (Наложить административное взыскание по части ____ статьи ____ КоАП (в размере МРП) _____ жазу үлгісінде (прописью)/ іс бойынша іс жүргізуді тоқтату (прекратить производство по делу) _____

_____ керектінің астын сызыңыз (нужное подчеркнуть)

в отношении _____

қатысты құқық бұзушының деректерін көрсету (указать данные правонарушителя)

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қаулыға шағым сотқа жіберіледі, шағым, наразылық түскен күннен бастап үш күндік мерзімде міндетті іс бойынша қаулы шығарған органға (лауазымды тұлғаға), жоғары тұрған орган, сотқа (жоғарыда тұрған лауазымды тұлғаға) сәйкес келетін істің барлық материалдарын жіберу (Жалоба на постановление по делу об административном правонарушении направляется судье, в орган (должностному лицу), вынесший постановление по делу, которые обязаны в трехдневный срок со дня поступления жалобы, протеста направить их со всеми материалами дела в соответствующий суд, вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу)).

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қаулыға, жоғары тұрған органның (лауазымды адамның) шағым, наразылық бойынша қаулысына шағым, наразылық – қаулының көшірмесі табыс етілген күннен бастап он тәулік ішінде, ал осы Кодекстің 744, 745, 746, 747, 748 және 753-баптарында көрсетілген тұлғалар істі қарауға қатыспаған жағдайда, қаулыны алған күннен бастап беріледі (Жалоба, протест на постановление по делу об административном правонарушении подаются в течение десяти суток со дня вручения копии постановления, а в случае, если лица, указанные в статьях 744, 745, 746, 747, 748 и 753 настоящего Кодекса, не участвовали в рассмотрении дела, – со дня получения постановления).

Шағым берілуі, ал наразылық тікелей оларды қарауға өкілетті сотқа, жоғары тұрған органға (жоғары тұрған лауазымды тұлғаға) енгізілуі мүмкін (Жалоба может быть

подана, а протест внесен непосредственно в суд, вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу), уполномоченный их рассматривать.

Айыппұлды әкімшілік жауаптылыққа тартылған тұлға айыппұл салу туралы қаулы, ескерту немесе айыппұл төлеу қажеттігі туралы нұсқама заңды күшіне енген күннен бастап отыз тәуліктен кешіктірмей төлеуге тиіс. Айыппұл осы Кодекстің 888-бабында көзделгендей кейінге қалдырылған жағдайда, әкімшілік жауаптылыққа тартылған тұлға оны кейінге қалдыру мерзімі өткен күннен бастап төлеуге тиіс. (Штраф подлежит уплате лицом, привлеченным к административной ответственности, не позднее тридцати суток со дня вступления постановления о наложении штрафа, предписания о предупреждении или необходимости уплаты штрафа в законную силу. В случае отсрочки, предусмотренной статьей 888 настоящего Кодекса, штраф подлежит уплате лицом, привлеченным к административной ответственности, со дня истечения срока отсрочки).

ӘҚБтК-нің 893-бабында көрсетілген айыппұлды мерзімінде төлемеген жағдайда ӘҚБтК-нің 894-895-бабы негізінде материал жеке сот орындаушыларының өңірлік палатасына мәжбүрлі орындау үшін жіберілетін болады (В случае неуплаты штрафа в указанный статьей 893 КоАП срок, на основании статей 894 и 895 КоАП материал будет направлен в региональную палату частных судебных исполнителей для принудительного исполнения).

Лауазымды тұлға- халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы, оның орынбасары, аумақтық бөлімшелерінің басшысы мен оның орынбасары (керектінің астын сызыңыз) (Должностное лицо - руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, его заместитель, руководитель территориального подразделения, его заместитель (нужное подчеркнуть))

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

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

<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №107/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 107/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ года № _____</p>

Зандылықты 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 қабылданын (Принять следующие меры по устранению нарушений законности, а также причин и условий, способствующих совершению административных правонарушений субъектами (объектами) контроля и надзора в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения):

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

2. Осы жеке ұсынуды алған күннен бастап бір ай ішінде қарау және ұсыну енгізген органға (лауазымды адамға) қабылданған шаралар туралы хабарлау (Рассмотреть настоящее частное представление в течение месяца со дня его получения и сообщить о принятых мерах органу (должностному лицу), внесшему представление).

Ескертпе (Примечание):

"Әкімшілік құқық бұзушылық туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 826-бабы 1-бөлігіне сәйкес осы жеке ұсынуды алған күннен бастап он тәулік ішінде жоғары тұрған органға (лауазымды адамға) шағым жасалуы мүмкін. Ұсынуға шағымды қарау нәтижесі бойынша шығарылған жоғары тұрған органның шешіміне мамандандырылған аудандық және әкімшілік құқық бұзушылық жөніндегі оған теңестірілген сотқа оны

алған күннен бастап он тәулік ішінде шағым жасалуы мүмкін, оның шешімі шағымдануға жатпайды

(Настоящее частное представление может быть обжаловано в течение десяти суток со дня его получения в вышестоящий орган (должностному лицу) в соответствии с частью 1 статьи 826 Кодекса Республики Казахстан "Об административных правонарушениях". Решение вышестоящего органа, вынесенное по результатам рассмотрения жалобы на представление, может быть обжаловано в специализированный районный и приравненный к нему суд по административным правонарушениям в течение десяти суток со дня его получения, решение которого обжалованию не подлежит).

Лауазымы Должность	Қолы подпись	Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии) Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2026 жылғы " " _____ № _____ бұйрығына 108-қосымша Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 20 тамыздағы № ҚР ДСМ-84 бұйрығына 108-қосымша Приложение 108 к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 августа 2021 года № ҚР ДСМ-84 Нысан Форма А4 Форматы Формат А4
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №108/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 108/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года № _____

Уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы Қазақстан Республикасы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналы

Журнал регистрации постановлений Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан о введении временных санитарных мер

Басталды (Начат) " ____ " _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) " ____ " _____ ж. (г.)

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін (сәйкес келмейтін) өнімнің (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 нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 109/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ года № _____

Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау жөніндегі қызметіне немесе оның жекелеген түрлеріне (процестеріне, іс-әрекеттеріне) тыйым салу туралы жедел ден қою шараларын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналы
Журнал регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о запрещении деятельности по производству продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия)

Басталды (Начат) "___" _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) "___" _____ ж. (г.)

			Бақылау және қадағалау	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) немесе оның жекелеген түрлерінің (процестер, әрекеттер) өндірісі, өнімі (тауары), қызметтер көрсетуі, жұмыстарын орындауы	Жедел ден қою шарасын қолдану	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі
--	--	--	---------------------------	--	-------------------------------------	---

№	Қаулының шығарылған күні мен номері (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)	субъектісінің (объектісінің) мекенжайы, орналасқан жері (Адрес, место нахождения субъекта (объекта) контроля и надзора)	бойынша тыйым салынатын қызметтің түрі (Вид запрещаемой деятельности по производству, продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия))	туралы қаулының қолданылу мәртебесі (Статус действия постановления о применении мер оперативного реагирования)	аты әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия имя отчество (при его наличии) должностного лица, оформившего постановление о применении мер оперативного реагирования)
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 110-қосымша

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

Приложение 110
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №110/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы		Медицинская документация Форма № 110/y Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Казахстан от " ____ " _____ 20__ ____ года № _____
---	---

Санитариялық-эпидемияға қарсы (қорытынды дезинфекциялау) және санитариялық-профилактикалық іс-шараларды жүргізу туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналы
Журнал регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о проведении санитарно-противоэпидемических (заклпочительных дезинфекционных) и санитарно-профилактических мероприятий

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20__ ж.(г)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистра ционный номер)	Қаулы шығарылған күн (Дата вынесения постановлени я)	Қаулы шығаруға негіз болған құжаттардың атауы және Н Қ А нормалары (Наименовани е документов и нормы НПА , на основании которых вынесено постановлени е)	Аумақтың толық атауы (Полное наименование территории)	Мекенжайы, орналасқан жері (Адрес, место нахождение)	Қаулыны орындау мерзімі (Сроки исполнения постановлени я)	Есепке алу-есеп беру құжаттамасын сақтау мерзімі (Сроки хранения учетно-отчетн о й 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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы " __ " ____ № __ бұйрығымен бекітілген №111/енұсанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 111/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " __ " ____ 20__ года № ____

Бақылау мен қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай профилактикалық бақылауды тіркеу журналы
Журнал регистрации профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля и надзора

Басталуы (Начат) " __ " ____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " ____ 20__ ж. (г.)

№ №	Бармай профилактикалық бақылау жүргізілген күн (Дата проведения проф.контроля без посещения)	Субъектінің (объектінің) атауы, оның орналасқан орны, БСН/ЖСН (Наименование субъекта (объекта),	Меншік нысаны (мемлекеттік, жекеменшік (микро, шағын, орта, ірі)) (Форма собственности государственная, частная, микро,	Бармай профилактикалық бақылаудың атауы (Наименование проф.контроля без посещения)			
				Өндірістік объектілерде (өнеркәсіптік және радиациялық гигиена объектілері) жүргізілген өндірістік бақылау нәтижесі туралы ақпараттың болмауы немесе уақтылы ұсынылмауы (Отсутствие либо несвоевременное представление информации	Бақылау субъектілеріне (объектілеріне) бармай жүргізілген профилактикалық бақылау шеңберінде берілген ұсынымдардың орындалуы бойынша ақпарат ұсынбау (Непредставление информации по исполнению рекомендац	Сыртқы экономикалық қызметке қатысушылардың өнімді (тауарларды) әкелу және сәйкестігін декларациялау жөніндегі талаптарды бұзуы (Нарушение участия в сфере санитарно-э	"Рұқсаттар және хабарламалар туралы" ҚР Заңына сәйкес көзделген халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласында рұқсаттың/хабарламань болмауы (Отсутствие разрешения/уведомления в сфере санитарно-э

		местонахождение, БИН/ИИН)	малый, средний, крупный))	и о результатах проведенного производственного контроля на производственных объектах (объекты промышленной и радиационной гигиены)	и и , выданной в рамках проведенного профилактического контроля без посещения субъектов (объектов) контроля)	деятельности и требований по ввозу и декларированию соответствия продукции (товаров))	ического благополучия населения предусмотренных в соответствии с Законом РК "О разрешениях и уведомлениях")
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Бармай профилактикалық бақылаудың атауы (Наименование проф.контроля без посещения)							
Білім беру, тәрбиелеу объектілерінің толымдылығының артуы (Превышение наполняемости объектов образования, воспитания)	Топтық инфекциялық аурулар мен уланулардың, оның ішінде тамақтан уланулардың, кәсіптік аурулар мен уланулардың тіркелу жағдайлары (Случаи регистрации групповых инфекционных заболеваний и отравлений, в том числе пищевых, профессионал	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) халықтың санитариялық - эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы заңнамаға сәйкес акпарат пен есептілікті ұсынбауы және (немесе) уақтылы ұсынбауы және нұсқамадағы талаптарды орындамауы (Непредставление и (или) несвоевременное представление субъектом (объектом) контроля и надзора	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) қызметіне расталған шағым (Подтвержденная жалоба на деятельность субъекта (объекта)			Бармай профилактикалық бақылауды жүргізген маманның (-дардың) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы (Ф.И.О. (при его наличии)), должность и подпись сотрудника (-ов) проводивших проф.контроль без посещения)	

	ь н ы х заболеваний и отравлений)	информации и отчетности в соответствии с законодательс твом в сфере санитарно-эп идемиологиче с к о г о благополучия населения и неисполнение требований в предписании)	контроля и надзора)			
				Жиынтық балл (Баллы в сумме)	Ұсынымның нөмірі, берілген күні (Номер и дата выдачи рекомендации)	
9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " № _____
бұйрығына 112-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
112-қосымша
Приложение 112
к приказу Министра
здравоохранения

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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген №112/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 112/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20_ _____ года № _____

**Адамдарды жұмыстан уақытша шеттетуге жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы
бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналы**

**Журнал регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о
применении меры оперативного реагирования о временном отстранении лиц от работы**

Басталды (Начат) "___" _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) "___" _____ ж. (г.)

№	Қаулының 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 и меры
---	---	---	--	--	---	---

						оперативного реагирования)
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 113-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
113-қосымша
Приложение 113
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №113/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 113/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года № _____

Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау жөніндегі қызметін немесе оның жекелеген түрлерін (процестерін, іс-әрекеттерін) тоқтата тұру туралы жедел ден қою шараларын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналы
Журнал регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о приостановлении деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действий)

Басталды (Начат) " " _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) " " _____ ж. (г.)

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

№	Қаулының күні мен нөмірі (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің атауы (Наименование субъекта 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 (іс-әрекеттері) (В и д приостанавливаем о й деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действий)	Қаулының қолданылу мерзімі (Срок действия постановления)	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица, оформившего постановление о применении мер ы оперативного реагирования)
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 114-қосымша

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

Приложение 114
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген №114/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 114/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ года № _____

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

Журнал регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об изъятии и отзыве с реализации продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза

Басталды (Начат) "___" _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) "___" _____ ж. (г.)

№	Қаулының шығарылған к үні мен номері (Дата и номер постановлени я)	Бақылау және қадағалау суб ъектісінің (об ъектісінің) атауы (Наименовани е субъекта (	Қаулының қолдану негіздері Основания д л я применения постановлени я)	Алынатын (қайтарылатын (өнімнің тізбесі (Перечень изымаемой (отзываемой) продукции)	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі аты әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия имя отчество (при его наличии) должностного лица ,	Қаулының орындалуы туралы ақпарат (Информации о б исполнении
---	--	---	--	---	--	--

		объекта) контроля и надзора)			оформившего постановлени е о применении м е р ы оперативного реагирования)	постановлени я)
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№__ бұйрығына
115-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
115-қосымша
Приложение 115
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген №115/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 115/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20__ года №_____

Адамдарды емдеуге жатқызуға жіберуді ұйымдастыру жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналы
Журнал регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об организации направления лиц на госпитализацию

Басталды (Начат) " " _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) " " _____ ж. (г.)

№	Қаулының шыққан күні мен нөмірі (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта объекта) контроля и надзора)	Емдеуге жатқызуға жіберілетін адамдардың тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия имя отчество (при его наличии) лиц, направляемых на госпитализацию)	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица, оформившего постановление о применении мер оперативного реагирования)	Қаулының орындалуы туралы ақпарат (Информации об исполнении постановления)
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ _____ бұйрығына

116-қосымша

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

116-қосымша

Приложение 116
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " ____ " _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 116/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы		Медицинская документация Форма № 116/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Наименование государственного
органа или организации в сфере
санитарно-эпидемиологического
благополучия населения

Казахстан от " ____ " _____ 20__
_____ года № _____

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

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

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20__ ж.(Г)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20__ ж. (Г.)

р/с № № п/п	Әкімшілік істің (хаттама мен қаулы №), материалдың нөмірі (кіріс.№, күні) (Номер административного дела (№ протокола и постановления), материала (вх.№, дата))	Басталған күні (Дата заведения)	Хаттама ны толтырған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О (при его наличии) , должность лица составившего протокол)	Қаулы жасаған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О (при его наличии) , должность лица составившего постановления)	Жеке тұлға, заңды тұлға, жеке кәсіпкер туралы мәліметтер (ЖСН, БСН, Т.А.Ә. (Жұмыс түрі, лауазымы, жұмыс орны, телефон (Род занятий, должность, место работы, телефон)	Жасалған орны, мекенжайы (Место совершения, адрес.	Іс жүргізуді болдырмайтын мән-жайлар (Обстоятельства, исключющие производство)	Қарауды тоқтату күні (Дата прекращения рассмотрения)	Басқа белгілер (Прочие отметки)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
117-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
117-қосымша
Приложение 117
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____ жылғы " " _____ № _ _____ бұйрығымен бекітілген № 117 /е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 117/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года № _____

Кәсіптік аурулар мен улануларды тіркеу журналы

Журнал регистрации профессиональных заболеваний и отравлений

Басталуы (Начат) " " _____ 20_____ ж.(г)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20_____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрато нный номер)	Шұғыл хабарлама алынған күн (Дата получения экстренного извещения)	Зардап шеккендерд ің ЖСН-і (ИИН пострадавш их)	Зардап шегушінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), жасы (Фамилия, отчест во (при его наличии),	Улану орын алған объектінің атауы (Наименован ие объекта,	Цех, бөлімше, учаске (Цех, отделение, участок)	Кәсібі (Профессия)	Жұмыс өтілі
--	--	---	--	--	---	-----------------------	----------------

			возраст пострадавшего	где произошло отравление)			(Стаж работы)
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Кәсіби ауруды туғызған зиянды өндірістік факторларм е н байланыста ғы жұмыс өтілі (Стаж работы в контакте с вредными производств енными факторами, вызвавшим и профессион альное заболевание)	Уланған, ауырған күні (Дата отравления, заболеваний)	Улану себебі (Причина отравления)	Ауруханаға жатқызу күні мен орны (Дата и место госпитализа ции)	Тексеру жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), лица, проводивше го обследован ие)	Диагнозы (Диагноз)	Диагноз қойылған күні (Дата установлен ия диагноза)	Ескертпе (Примечание)
9	10	11	12	13	14	15	16

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

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

Приложение 118
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ жылғы " " _____ № _____
---	--

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бұйрығымен бекітілген № 118/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 118/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20__ ____ года № _____

Тамақтан улануды тіркеу журналы

Журнал регистрации пищевых отравлений

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20__ ж.(г)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистра ционны й номер)	Хабарла ма / шұғыл хабарла ма келіп түскен күн (Дата поступл ения сообщен ия / экстрен ного извещен ия)	Елді мекенні ң атауы (Наимен ование населен ного пункта)	Тамақта н улану болған орын (тегі, асхана, мейрамх ана, дәмхана, аурухан а, үйде) (Место, где прои зошло пищевое отравле ние (при его столовая , рестора н, кафе, больниц а, на дому))	Зардап шеккенд ердің тегі, аты , әкесінің аты (ол болған жағдайд а), туған жылы (Фамили я, имя отчество (при его наличии) пострад авших, го д рождени я)	Зардап шеккенд ердің ЖСН-і (ИИН пострад авших)	Зардап шеккенд ер саны * (Число пострад авших*)	Аурухан аға жатқыз ылғанда р саны* (Число госпита лизиров анных *)	Қайтыс болғанд ар саны * (Число умерши х)	Улануд ы тудырға н өнім (Продукт вызвавш и й отравле ние)	Ескертп е (Примеча 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 тудырған санитария лық және технология	Тамақтан улануды тергеп-тек серудің қорытынды материалд	Қабылданған шаралар, оның ішінде әкімшілік, тәртіптік

Науқастардың бөлінділерін (Выделений больных)	Қанды (Кровь)	Шайындыларды (Смывов)	Мәйіттің материалдарын (Трупных материалов)	Тамақ өнімдерін (Пищевых продуктов)	Шаятын суды (Промывных вод)	ялық кемшілікт ер (Санитарные и технологические нарушения, повлекшие возникновение пищевых отравлений)	ары жіберілген күн (Дата направления окончательных материалов в расследования и я пищевого отравления)	ықпал ету және тағы басқаралар (Принятые меры, в том числе меры административного, дисциплинарного воздействия и так далее)
12	13	14	15	16	17	18	19	20

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ _____ бұйрығына

119-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

119-қосымша

Приложение 119

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 119/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 119/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года № _____

Қоршаған ортадан алынған үлгілерді серологиялық зерттеулерді тіркеу журналы Журнал регистрации серологических исследований образцов из окружающей среды

Басталуы (Начат) " _____ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " _____ " _____ 20__ ж. (г.)

Реттік нөмірі (Номер по порядку)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні (Дата)	Материал	ПГАР (РПГА)					
				Туляремия (Туляриимия)	Жалған туберкулез (Псевдотуберкулез)	Пастереллез (Пастереллез)	Листерия (Листерия)	Иерсиния (Иерсиния)	Күйдіргі (Сибирскую язву)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

ИФТ (ИФА)							Зерттеу нәтижелері, зертханашы-дәрігердің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Результаты исследования), Ф.И.О (при его наличии), подпись врача-лаборанта)
Қызба (Лихорадка)	Лептоспироз (Лептоспироз)	Кеннеэнцефалиті (Клещевой энцефалит)	КҚГҚ (ККГЛ)	БСГҚ (ГЛПС)	Боррелиоздар (Боррелиозы)	Егеуқұйрық сүзегі (Крысиный тиф)	
11	12	13	14	15	16	17	18
							19

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ _____ бұйрығына
120-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
120-қосымша

Приложение 120
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 120/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 120/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20____ года № _____</p>

Дайындалған қоректік орталарды стерильдеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации стерилизации приготовленных питательных сред

Басталуы (Начат) " _____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

[illegible]

Тіркеу нөмірі	Күні Дата	Авток лавты ң марка сы, нөмірі Марка , номер автокл ава	Атауы Наиме нован ие	Саны Колич ество	Қапта масы Упако вка	Бастал уы Начал о	Аякта луы Конец	Қысы мы Давле ние	Қызу ы Темпе ратура	Биоло гиялы қ Биоло гическ ий	Терми ялық Терми чески й	Хими	Мама нның Т.А.Ж . (ол болға н жағда йда), лауаз ымы және қолы Ф.И.О . (при его налич ии), должн ость и подпи с ь специ алиста , прово дивше г о обезза ражив ание
------------------	--------------	---	-------------------------------	------------------------	-------------------------------	----------------------------	-----------------------	----------------------------	------------------------------	--	--------------------------------------	------	--

												чески й	
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
Х а л ы қ т ы ң 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 құралдарын ың атауы, түрі, зауыт нөмірі	Орындалған жұмыс түрлері	Инженердің Т.А.Ә. (ол болған жағд айда)	Қолы	Ескертпе
------------------	------	---	--------------------------------	--	------	----------

Регистрационный номер	Дата	Наименование средств измерений, тип, Заводской номер	ӨЖ және С Ж жағдайы Состояние СИ и ИО	Виды выполненных работ	Ф.И.О. (при его наличии) инженера	Подпись	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____ № _____
бұйрығына 122-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
122-қосымша
Приложение 122
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 122/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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 (шипалардағы) дозалар саны Количество доз в ампуле (флаконе)	Жарамдылық мерзімі Срок годности	Серия нөмірі Номер серии	Қаржыландыру көзі Источник финансирования	Кімге берілді Кому выдано	Берілген күні, жүк құжатының № Дата выдачи, № накладной
7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы/Продолжение таблицы

Сенімхат №, күні № доверенности, дата	Берілген саны Выданное количество	Теңгерім Баланс		
		Кіріс Приход	Шығыс Расход	Қалдық Остаток
13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ _____ бұйрығына

123-қосымша

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

123-қосымша

Приложение 123

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Рес- публики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 123/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 123/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года № _____

Судың үлгілерін (жоғары дәлдіктегі жабдықта) зерттеу нәтижелерін есепке алу журналы
 Журнал учета результатов исследования образцов воды (на высокоточном оборудовании)

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

Тіркелу нөмірі (Регистрационный номер)	Сынама қабылданған күн (Дата принятия пробы)	Сынама алу орны (Место отбора пробы)	Мекенжайы (Адрес)	Көрсеткіштер атауы (Наименование показателя)	Анықталған шоғырлану (Выявленная концентрация)	РЕШШ нормасы (Норма ПДК)	Зерттеу НҚ-ы (НД исследования)	Хаттама ның толтырылған күні (Дата составления протокола)	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица, проводившего исследование)
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
--	--

Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 124/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ _____ года № _____
---	--

Дозаторларды калибрлеуді тіркеу журналы

Журнал регистрации калибровки дозаторов

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регист рацио нный номер)	Күні (Дата)	Атауы (Наиме нован ие)	Барлығы бір арналы және көп арналы дозаторлар (Все одноканальные и многоканальные дозаторы)								
			5 мкл (+/- 0,25 мкл) (+ /-5,0%)	10 мкл (+/- 0,25мкл) (+2,5 %)	20 мкл (+/- 0,4мкл) (+ 2,0%)	25 мкл (+ 0,5мкл) (+ 2,0%)	50 мкл (+/- 1,0мкл) (+ 2,0%)	100 мкл (+ /- 1,5 мкл) (+ /- 1,5%)	200 мкл (+ 2,0мкл) (+/- 1,0%)	250мкл (+ 2,5мкл) (+/- 1,0%)	300 мкл (+ /- 5,0мкл) (+/- 1,0 %)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)											
500 мкл(+/-5,0мкл) (+ /-1,0%)			1000 мкл (+/-10мкл) (+/-1,0%)	2000 мкл (+/- 20мкл) (+ 1,0%)	5000 мкл (+/-50мкл) (+ +1,0%)			Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), тексерушінің қолы (Ф.И.О.(при его наличии), подпись проводящего)		Ескертпелер (Примечания)	
13			14	15	16			17		18	

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

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

Приложение 125
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы " __ " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 125/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 125/y Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " __ " _____ 20__ года №__

_____ (заттың, өнімнің атауы) (тамақ өнімдері, топырақ, ағаш шикізаты, көмір, минералды шикізат, ойыншықтар, жиһаз өнімі, автомобиль жолдарын салу және жөндеу кезінде пайдаланылатын материалдардың және тағы басқалардың атауы) радиоактивтілігін зерттеуді тіркеу журналы

Журнал регистрации исследования радиоактивности _____ (наименование продукции, вещества) (пищевой продукции, почвы, древесного сырья, угля, минерального сырья, игрушек, мебельной продукции, материалов, используемых при строительстве и проведении ремонта автомобильных дорог и так далее)

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Өлшеу жүргізілген күн (Дата проведения измерения)	Үлгінің атауы, өнім беруші, өндіруші (Наименование образца, поставщик, Улгінің атауы, өнім беруші, өндіруші)	Үлгінің салмағы (мин/сек) (Вес (Время измерения)	Радионуклидтердің белсенділігі, Бк/кг/л/дм3 Активность радионуклидов, Бк/кг/л/дм3						Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)
				Радий-226 (Ra-226)	Торий-232 (Th-232)	Калий-40 (K-40)	Цезий-137 (Cs-137)	Стронций-90 (Sr-90)	Басқа гамма сәулеленуші изотоптар (Другие гамма излучающие изотопы)	
										Меншікті тиімді белсенділігі (Удельная эффективность)

		изгот овите ль)		ца (мин/ сек))							актив ность)	ии) прово дивш его иссле дован ие)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
№	Меншікті тиімді белсенділік Cs-137(Бк/кг) (Удельная эффективная активность) Cs-137(Бк/кг)			Меншікті тиімді белсенділіктің рұқсат етілген деңгейі Cs-137 (Бк/кг) (Допустимый уровень удельной эффективной активности) Cs-137 (Бк/кг)			Меншікті тиімді белсенділік Sr- 90(Бк/кг) (Удельная эффективная активность) Sr- 90(Бк/кг)			Меншікті тиімді белсенділіктің рұқсат етілген деңгейі Sr- 90 (Бк/кг) (Допустимый уровень удельной эффективной активности) Sr- 90 (Бк/кг)		Зерттеу/сынақ әдісіне НҚ (НД на метод исследования/ испытаний)
1	2			3			4			5		6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ _____ бұйрығына
126-қосымша

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

Приложение 126
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____жылғы " " _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 126/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере		Медицинская документация Форма № 126/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " _____ " _____ 20_ _____ года № _____

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.)

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрац ионный номер	Күні, уақыты Дата, время			Үлгі іріктелген орын, объект Объект, место отбора образца	Өнімнің атауы Наименов ание продукта	Зерттеу нәтижесі Результат исследова ния	Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, қолы Дата, месяц, год окончания исследова ния, фамилия, имя, подпись лица, проводив шего исследова ние
		Іріктелген Отбора	Зертханаға кабылданғ ан Поступлен и я в лаборатор ию	Зерттеудің басталуы Начало исследова ния				
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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы " __ " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 127/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 127/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " __ " _____ 20__ года №__

Тамақ өнімдеріндегі құрғақ сүттің массалық үлесін анықтау бойынша зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации исследования по определению массовой концентрации сухого молока в продуктах питания

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрац ионный номер	Күні, уақыты Дата, время			Үлгі іріктелген орын, объект Объект, место отбора образца	Өнімнің атауы Наименов ание продукта	Зерттеу нәтижесі Результат исследова ния	Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, қолы
		Алынған Отбора	Зертханаға кабылданғ ан Поступлен ия в лаборатор ию	Зерттеудің басталуы Начало исследова ния				
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
Х а л ы қ т ы ң 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 (Регистрат ионный номер)	Күні (Дата)	Таразы түрі (Вид весов)	Таразыны калибрлеу, гр. (Калибровка весов, гр)	Калибрленг ен таразы көрсеткіште рі, гр. (Показания калиброван ных весов, гр.)	Таразы көрсеткіште рінің ауытқуы, г (Отклонения показания весов, г)	Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы, (Ф.И.О (при его наличии), Подпись)	Ескертпелер (Примечания)
1	2	3	4	5	6	7	8

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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
129-қосымша
Приложение 129
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы " __ " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 129/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 129/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " __ " _____ 20__ года № _____

Дистилденген судың сапасын бақылауды тіркеу журналы
Журнал регистрации контроля качества дистиллированной воды

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрацион ный номер)	Сынаманың алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора пробы)	Зертханаға түсу күні мен уақыты (Дата и время поступления в лабораторию)	Ингредиентте р және басқа көрсеткіштер дің атауы (Наименовани е показателей ингредиентов и других)	Суды зерттеу нәтижесі (Результат исследования воды)	Зерттеу нәтижесінің берілген күні (Дата выдачи результата исследования)	Зерттеуді жүргізген Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), (Ф.И.О (при его наличии), подпись проводившего исследования)
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " __ " _____
№__ бұйрығына
130-қосымша

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

Приложение 130
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 130/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 130/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ года № _____

Қоршаған орта параметрлерін бақылауды тіркеу журналы
Журнал регистрации контроля параметров окружающей среды

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Өлшеу күні мен уақыты (Дата и время измерения)	Бөлме № (№ комнаты)	Ауа температурасының көрсеткіштері (Показатели температуры воздуха)		Құрғақ және ылғалды термометр көрсеткіштері нің айырмасы (Разность показаний температуры сухого и влажного термометров)	Салыстырмал ы ылғалдылық (Относительна я влажность %)	Қолы (Подпись)
		Құрғақ термометр (Сухого термометра)	Ылғалды термометр (Влажного термометра)			
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы "___" _____

№ ____ бұйрығына
131-қосымша

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

Приложение 131
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылығы " __ " _____ № __ бұйрығымен бекітілген №131/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 131/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " __ " _____ 20__ года № _____

Бу және ауа стерилизаторларын, құрғақ ыстық ауалы шкафтарды (автоклавтарды) және дезинфекциялау камераларын бақылауды тіркеу журналы

Журнал регистрации контроля паровых и воздушных стерилизаторов, сухожаровых шкафов (автоклавы) и дезинфекционных камер

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Дата Күн і	№	Үлгі іріктелген орын, объект Объект, место отбора пробы	Камера және автоклав аты Наимено вание камер и автоклав ов	Тесттер Тесты	Дни выдерживания в термостате 37 С 37С термостатта ұстау күндері								
					Коректік орта Питатель ная среда	Коректі к орта Пит атель ная сред а	Коректік орта Питатель ная среда	Коректі к орта Пит атель ная сред а	Коректік орта Питатель ная среда	Коректі к орта Пит атель ная сред а	Коректік орта Питатель ная среда	Коректік орта Питатель ная среда	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Микроскопия		Сәйкестендіруге арналған тесттер/Тесты для идентификации										Нәтиже/ Результат	Қол ы/ Под пис ь
		Каталаза	лецитиназа	плазмакоагуляция	маннит	глицерин							
14		15	16		17		18		19		20	21	

Пайдалынатын қысқартулар

өж – өсу жоқ

+к – кокки
 спор.таяқшасы – споралық таяқшалар
 үлб..өсу – үлбірлі өсу
 теріс –теріс
 "+" – оң
 "-" – теріс
 т.р.ұсталды – температуралық режим ұсталды
 т.р. ұсталған жоқ – температуралық режим ұсталған жоқ
 Используемые сокращения
 рн - роста нет
 +к – кокки
 спор.пал – споровые палочки
 плен.рост – пленчатый рост
 отр. – отрицательно
 "+" – положительный
 "-" – отрицательный
 т.р.выдержан – температурный режим выдержан
 т.р. не выдержан – температурный режим не выдержан

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2026 жылғы " " _____
 № _____ Бұйрығына
 132-қосымша
 Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 132-қосымша
 Приложение 132
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 20 августа 2021 года
 № ҚР ДСМ-84
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____ жылғы " " _____ № _____ _ бұйрығымен бекітілген №132/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы		Медицинская документация Форма № 132/у

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

pH метрді калибрлеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации калибровки pH метра

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	Күні Дата	№1 калибрлеу ерітінді Калибровочн ый раствор № 1 (pH 4,01)	№2 калибрлеу ерітінді Калибровочн ый раствор № 2 (pH 9,18)	Тексеру ерітіндісі Проверочный раствор (pH 6,86±/-0,03)	Калибровка ны жүргізген Т.А.Ә.(ол болған жағдайда) қолы Ф.И.О.(при его наличии) и подпись проводившего калибровку	Ескерту Примечания
1	2	3	4	5	6	7

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

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 133-қосымша
 Приложение 133
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 20 августа 2021 года
 № ҚР ДСМ-84
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №133/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық	

саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 133/y Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ года № _____
--	---

Термостаттың температурасын бақылауды тіркеу журналы

Журнал регистрации контроля температуры термостата

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (Г.)

Күні (Дата)	Термостат температурасы (Температура термостата)		Маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда , (Ф.И.О. (при его наличии) специалиста)	Қолы (Подпись)	Ескертпе (Примечание)
	Жұмыс алдында 9.00 (Перед работой 9.00)	Жұмыс соңында 16.00 (В конце работы 16.00)			
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ _____ бұйрығына

134-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

134-қосымша

Приложение 134

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 134/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық	Медицинская документация Форма № 134/y

<p>саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы</p> <p>Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>	<p>Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ года № _____</p>
---	---

Центрифуганы қосуды және стерильдеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации подключения и стерилизации центрифуги

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	Центрифуган ың қосылған күні Д а т а подключения центрифуги	Материалдың атауы Наименовани е материала	Центрифуган ы стерилдеуге арналған ерітіндінің атауы Название раствора для стерилизации центрифуги	Центрифугам ен жұмыс істе ген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), Ф.И.О (при его наличии), специалиста работавшего с центрифугой	Қолы Подпись	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7

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

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

Приложение 135
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 135/е нысанды медициналық құжаттама</p>
---	--

Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 135/y 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 Регистрац ионный номер	Күні Дата	Стерилден г е н зертханал ы қ ыдыстар Стерилизу е м а я лаборатор ная посуда	Саны Количество	Стерилдеу Т Т стерилиза ции	Құрғақ ыстық ауалы шкафты қосқан уақыты Время включения сухожаров ого шкафа	Құрғақ ыстық ауалы шкафты өшірген уақыты Время выключен и я сухожаров ого шкафа	Стерилдеу д і жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), Қолы Ф.И.О. (Подпись при его наличии), проводив ше го стерилиза цию	
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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 136/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" "___" 20__ года №_____

Зертханааралық салыстыру сынақтары және сапаны сырттай бағалау бойынша сынамаларды тіркеу журналы

Журнал регистрации проб по межлабораторным сличительным испытаниям и внешней оценки качества

Басталуы (Начат) "___" "___" 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" "___" 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистр ационн ы й номер	Күні Дата	Сынама атауы Наимен ование пробы	Зерттеу түрі Вид исследо вания	Қайдан жіберіл ді Откуда направ лен	Қайда жіберіл ді Куда направ лен	Жіберіл ген препара ттар саны Количе ство направ ленных препара тов	НҚ-ға сәйкес Нормал ар Нормы в соответ ствии с НД	Зерттеу дің нәтиже сі Результ а т исслдов аний	Нәтиже лер сәйкест ігінің үлес салмағ ы Удельн ый вес совпаде ний результ атов	Зерттеу жүргізг е н адамны ң тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдай да), қолы Фамил ия, имя, отчеств о (при его наличи и), подпис ь, провод ившего исследо вание	Ескерту Примеч ание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ ____ жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 137/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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 Регистрацион ный номер	Авария болған күні, сағаты Дата и время аварии	Аварияны анықтаған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы Ф.И.О (при его наличии), должность специалиста	Болған авария түрі Вид аварии	Қолданған шаралар Принятые меры	Зертхана менгерушісіні ң қолы Подпись заведующего лабораторией

		обнаруживше го аварию				Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " "

№ ____ бұйрығына
138-қосымша

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

Приложение 138
к приказу Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "____" _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 138/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 138/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ года №_____</p>

Емшек сүтін микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы

Журнал регистрации микробиологических исследований грудного молока

Басталуы (Начат) "___"____20___ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) " " 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрац	Күні, уақыты (Дата, время)		Үлгіні жіберген ұйым (Организац ия, направив	Т.А.Ә (ол болған жағдайда)	Жасы (Возраст)	Тұрғылық ты мекенжай ы	Диагноз, тексеріп қарау жиілігі (Диагноз, кратность	Микрорта рдың жалпы өсу саны МЖС) (Общее микробное
	Сынама алу	Зертханаға түсуі (Поступлен ия в						

ионный номер)	(Отбора проб)	лаборатор ию)	ш а я образец)	(Ф.И.О (при его наличии))	(Адрес проживан ия)	обследова ния)	число ((ОМЧ))
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Ішек таяқшалары тобы бактерияларына зерттеу											
Исследование на бактерий группы кишеччных палочек											
Себілетін көлем (засеваемый объем)		Кесслер ортасында өсу (рост на среде Кесслера)		Эндо ортасында өсу (рост на среде Эндо)		Микроскопи я		Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)			
								Окси даза	Глюкоза		
9		10		11		12		13	14		
Стафилококқа зерттеу: (Исследование на стафилококк):								Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)			
Тікелей себу (Прямой посев)		Байыту ортасынан себу (Высев со среды обогащения)		Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)							Зерттеу аяқталған күн, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты әкесінің аты (ол болған жағдайда) қолы. Дата оканчания исследования Фамилия, имя, отчество (при его наличии) подпи
Себілетін көлем (Засеваемый объем)	Сипатты колониялар саны (Количество характерных колоний)	Себілетін көлем (Засеваемый объем)	Тығыз ортада өсу (Рост на плотных средах)	Лецитиназа	Микроскопия	Анаэробты жағдайлардағы мальтоза (Мальтоза в анаэробных условиях)		Термотұрақты нуклеаза (Термостабильная			

							нукле аза)	МАШ АнМ С (ІТБ КМА (Стаф Ф БГКП илоко АнМ)) кк Стаф илоко кк	с ь лица прово див шего иссле дован ие		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2026 жылғы " " _____
 № ____ бұйрығына
 139-қосымша
 Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 139- қосымша
 Приложение 139
 к приказу Министра
 здравоохранения Республики
 Казахстан
 от 20 августа 2021 года
 № ҚР ДСМ-84
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____ жылғы " " _____ №
---	---

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	_____ бұйрығымен бекітілген № 139/ е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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 (Регистрацион ный номер)	Күні, уақыты (Дата, время)			Үлгіні алу орны, объектісі (Объект, место отбора образца)	Зерттеу мақсаты (Цель исследования)
		Алынған (Отборан)	Зертханаға (түсуі (Поступление лабораторию)	Зерттеудің басталуы (Начало исследования)		
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Микроорганизмдердің жалпы саны (Мезофильді-аэробты, факультативті-анаэробты) , КТБ (Общее количество микроорганизмов (Мезофильно-аэробны, факультативно-анаэробн ых), КОЕ)							Зерттеу нәтижелері, зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда). (Результат исследован ия, дата окончания исследован ия, Ф.И.О. (при его наличии) лица, проводивше г о
Себу көлемі (Засеваемый объем)	Өскен колониялар						

	с а н ы Количество выросших Колоний)	Candida alibicans	E. coli	Staphylococ cus aureus	Pseudomona s aeruginosa	Басқа Другие	исследован ия)
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

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____жылғы " ____ " _____ № бұйрығымен бекітілген № 140/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 140/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _ _____ 20 _____ года № _____ —</p>

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.)

Өкеліну күні Дата доставки	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Өкеліну уақыты Время доставки	Зерттеу басталған уақыт Время начала исследования	Өнімнің атауы, алыну орны, материалды кім алды Наименование продукта, место забора, кем сделан забор материала	Тест-система	Қалдық гормонның мөлшерін анықтау нәтижесі Результат исследования на определение остаточного количества гормонов	Күні, қолы дата, подпись
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы		Медицинская документация Форма № 141/у Утверждена приказом Министра здравоохранения

Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Республики Казахстан от " ____ " ____ 20 ____ года № ____
	—

Жеке гигиена құралдарын микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований средств личной гигиены

Басталуы (Начат) " ____ " ____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " ____ 20 ____ ж. (г.)

Күні/ (Дата)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні, уақыты (Дата, время)			Үлгіні алу орны, объектісі (Объект, место отбора образца)	Зерттеу мақсаты (Цель исследования)
		Алынған (Отборан)	Зертханаға түсуі (Поступление в лабораторию)	Зерттеудің басталуы (Начало исследования)		
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	Зен және ашытқы саңырауқұлақтары КТБ/г (артық емес) (Плесневые и дрожжевые	Себу көлемі (Засеваемый объем)	Өскен колониялар саны (Количество выросших колоний)
						Зерттеу нәтижелері, зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) қолы. (Результат исследования, дата окончания)

			грибы КОЕ/г (не более))			ни я исследо вания, Ф.И.О. (при его наличи и) Подпис ь лица, провод ившего исследо вания)
8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
142-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
142- қосымша

Приложение 142
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____ жылғы " ____ " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 142/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 142/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _ _____ 20 _____ года № _____ —

Балалар мен жасөспірімдерге арналған өнімдерді микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы

Журнал регистрации микробиологических исследований продукции, предназначенной для детей и подростков

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Күні (Дата)	Тіркеу нөмірі (Регистр ационн ы й номер)	Күні, уақыты (Дата, время)		Үлгі алынға н орын, объект (Объект , место отбора образца)	Зерттеу мақсат ы (Цель исследо вания)	Ашытқылар, ашытқы тәрізді, з е н саңырауқұлақта ры, 1г. (1см2) өнімде (Дрожжи , дрожжеподобны е, плесневые грибы, 1г. (1см2) продукции)		Энтеро бактери ялар тұқымд а с бактери ялар (1 см2)) 1г. өнімде / Бактери и семейст в о энтероб актерии , в 1г. (1 см2) продук ции	1г-дағы патоген д і стафил акоккта р (1см2) өнімде / (Патоге нные стафил ококки в 1г. (1 см2) продук ции)	1г-дағы жалған монас азроген оза (1 см2) өнімде / (Псевдо монас азроген оза в 1г (1см2) продук ции)	Зерттеу нәтиже сі, зерттеу дің аяқталғ ан күні, зерттеу жүргізг е н адамны ң Т.А.Ә . (ол болған жағдай да), қолы (Результ а т исследо вания, дата оконча ния исс ледован ия, Ф.И.О. (при его наличи и), подпис ь лица, провод ившего исследо вания)
		Алынға н (Отбора)	Зертхан аға кабылд аған (Поступ ление в лаборат орию)			Себу көлемі (Засевае мый объем)	Өскен колони ялар саны (Количе ство выросш и х колони й)				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына

143-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
143- қосымша
Приложение 143
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген № 143/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 143/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _ _____ 20_____года № _____ —

Ойыншықтарды микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы

Журнал регистрации микробиологических исследований игрушек

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Күні (Дата)	Тіркеу нөмірі (Регистрац ионный номер)	Күні, уақыты (Дата, время)			Объект, үлгіні алу орны (Объект, место отбора образца)	Зерттеу мақсаты (Цель исследова ния)	Микроорганизмдердің жалпы саны (мезофилді-аэробты факультативті-анаэроб ты) (Общее количества микроорганизмов (мезофильно-аэробно факультативно-анаэро бных))	
		Іріктеп алынған (Отбора)	Зертханаға қабылдаған (Принят в лаборатор ию)	Зертханаға түскен (Поступлен ие в лаборатор ию)			Себу көлемі (Засеваемы й объем)	Өскен колонияла р 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)		Ойыншықтарды ң 1граммдағы (1см2, 1см3) энтеробактериялар тұқымдас бактериялар (Бактерии семейства энтеробактерии в 1г. (1см2 , 1см3) игрушек)	Ойыншықтарды ң 1 граммдағы (1см2, 1см3) патогенді стафилакокктар, (Патогенные стафилококки в 1г. (1см2 , 1см3) игрушек)	Ойыншықтарды ң 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 министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 144/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы		Медицинская документация Форма № 144/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" ____

Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	_____ 20 ____ года № _____
---	----------------------------

Бактерияларға қарсы препараттарға (сыртқы ортадан бөлінген өсірінділерге) сезімталдықты анықтауды тіркеу журналы

Журнал регистрации определения чувствительности к антибактериальным препаратам (культур выделенных из внешней среды)

Күні (Дата)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Өсірінділердің атауы (Наименование культуры)	Бөліну көзі (Источник выделения)	Бөліну орны (Место выделения)	Жіберген мекеменің атауы (Наименование направившего учреждения)	Антибиотиктер атауы/ наименование антибиотиков
1	2	3	4	5	6	7
Нәтижесі (Результат)						
Өсудің тежелу аймағы Зона подавления роста	- Сезімтал (S)/ Чувствительный (S)	Сезімталдығы орташа (I) Умеренно чувствительный	Резистентті (R) / Резистентный (R)	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы және қолы (Ф.И.О. (при его наличии), должность и подпись лица проводившего исследования)		
8	9	10	11	12		

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
145-қосымша

Қазақстан Республикасы
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
145-қосымша

Приложение 145 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау				
--	--	---	--	--	--	--

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	министрінің 2021 жылғы "___" ____ № ___ бұйрығымен бекітілген № 145/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 145/y Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" ____ 2021 года №

Қанды ішсүзегі, А және В паратифі қоздырғышын анықтауға микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований крови на выявление возбудителя брюшного тифа, паратифа А и В

Басталуы (Начат) "___" ____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" ____ 20 ж. (г.)

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистра ционны й номер	Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), мекен жайы, жұмыс орны Ф.И.О. (при его наличии), адрес, место работы	Қанды акелген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), луазым ы қолы Ф.И.О. (при его наличии), должнос ть и подпись лица достави вшего кровь	Зерттеу мақсаты Цель исследо вания	Темпера туралық тәртібі Темпера турный режим	Себулер Высевы				
						I	II	III	IV	V
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Продолжение таблицы

Сәйкестендіру тесттері	Талдау аяқталған күн	Нәтиже берілген күн, ай, жыл	Зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда),
---------------------------	-------------------------	---------------------------------	--

Микроскопия	Тесты идентификации	Нәтиже Результат	Дата окончания анализа	Дата выдачи результата	Ф.И.О. (при его наличии), подпись лица проводившего исследование
12	13	14	15	16	17

<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № бұйрығымен Бекітілген № 146/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>	<p>Медицинская документация Форма № 146/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №</p>

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (Г.)

[illegible]

Тіркеу нөмірі Регист рацион ный номер	Зертте лушіні ң Т.А.Ә. (ол болған жағдай да), Ф.И.О. (при его наличи и) обслед уемого	Туған жылы Год рожде ния	Мекен – жайы Адрес прожи вания	Тексер уге жіберг е н мекеме Учреж дение направ ившее н а обслед ование	Үлгіні тексер уге қабылд ау күні , айы, жылы Дата приема образц а на исслед ование	Диагно зы, ауырға н күні, айы, жылы Диагно з, дата заболе вания	Зертте удің әдісі Метод исслед ования	Көрсет кіш Показа тель	Көрсет кіш Показа тель	Нәтиж елер берілге н күн, ай, жыл Дата выдачи результ атов	ың тегі , аты, әкесіні ң аты (о л болған жағдай да), қолы Фамил ия, имя , отчест во (при его наличи и), , подпис ь , провод ившего исслед ование	Ескерт пеПри мечани е
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
147-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
147- қосымша
Приложение 147
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____жылғы " ____ " _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 147/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық	Медицинская документация Форма

саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	№ 147/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20____ года № _____
--	---

Металды, металдан жасалған бұйымдарды және метал сынықтарын зерттеулерді тіркеу журналы

Журнал регистрации исследований металла, изделий из металла и металлолома

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20____ ж. (г.)

р/с № (№п/п)	Күні (Дата)	Тапсырыс беруші (Заказчик)	Зерттеу, өлшеу мақсаты (Цель исследования, задание)	Өлшеудің жалпы саны (Общее количество замеров)	Гамма-сәулелену (Гамма-излучение) мәні (значения)	Бета-сәулелену (Бета-излучение) мәні (значения)	Альфа-сәулелену (Альфа-излучение) мәні (значения)	Орындаушының Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О (при его наличии), исполнителя)	Хаттаманы беру күні (Дата выдачи протокола)	Ескертпе (Примечание)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " ____ "
№ ____ бұйрығына
148-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
148- қосымша
Приложение 148
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " ____ " _____ № ____
---	---

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бұйрығымен бекітілген № 148/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 148/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " ____ ____ 20 ____ года № ____ —

Мұнай өнімдерін қайта өңдеу мен арнайы сұйықтықтар үлгілерін зерттеу нәтижелерін тіркеу және беру журналы

Журнал регистрации и выдачи результатов исследования образцов переработки нефтепродуктов и специальных жидкостей

Басталуы (Начат) " ____ " ____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " ____ 20 ____ ж. (г.)

Реттік нөмірі (Порядков ый номер)	Үлгіні алу актісі (Акт отбора образца)	Зерттеу жүргізілген күн (Дата проведения исследования)	Үлгі алынған орын, ұйымның атауы (Место отбора, наименование организации)	Үлгінің атауы (Наименов ание образца)
1	2	3	4	5
Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)			Зерттеулер әдістеріне НҚ (НД на методы исследований)	Зерттеу жүргізген адамның қолы (Подпись лица, проводившего исследование)
Көрсеткіш атауы (Наименование показателя)	Анықталған шоғырлану (Обнаруже нная концентра ция)	Нормативтік көрсеткіштер (Нормативные показатели)		
6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " ____
№ ____ бұйрығына
149-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " ____
№ ____ бұйрығына
149-қосымша

Приложение 149 к приказу
Министра здравоохранения

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №149/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма №149/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Рентгенология (сәулелі диагностика және терапия) кабинеттеріндегі дозиметриялық бақылауды тіркеу журналы

Журнал регистрации дозиметрического контроля в рентгенологических кабинетах (лучевой диагностики и терапии)

Басталуы (Начат) " " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу Нөмірі Регистр ационн ы й номер	Бақыла у жүргізі ген күні Дата контро ля	ЕПМ атауы, кабинет саны/ аппарат саны/ жұмыс орны саны Наимен ование ЛПУ, кол-во кабинет ов / аппарат ов/раб мест	Өлшеу жүргізі лген орын Место проведе ния замера	Рентген - қондыр ғы, зауытт ы қ нөмірі Рентген - установ ка, заводск ой номер	Рентген сәулеле нудің өлшем саны Количе ство замеров рентген овск излучен ия	Өлшем диапазо ндары Диапаз он измере ний	Өлшеу нәтиже лері Результ аты измере ний	Өлшем нен асқан өлшемд ер саны Количе ство замеры с превыш ением	Өлшеу нәтиже лері Результ аты измере ний	Хаттам а нөмірі Номер протокол ола	Өлшеу жүргізг ен, Т.А.Ә. (о л болған жағдай да), қолы Ф.И.О. (при его наличи и) провод ившего замер, подпис ь
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

№ ____ 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

<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № ____ – бұйрығымен бекітілген №150/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма №150/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № ____</p>

Экспресс-зерттеу нәтижелерін тіркеу және беру журналы

Журнал регистрации и выдачи результатов экспресс-исследований

Басталуы (Начат) " " _____ 20 ____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 ____ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зерттеу күні мен уақыты. Дата и время исс ледования	Объектінің атауы, орналасқан жері Наименование, место нахожден ие объекта	Үлгі атауы Наименование образца	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Жүргізген адамның лауызымы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) және қолы Ф.И.О (при его наличии), должность и
---	--	--	---------------------------------------	--	---

					подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
151-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____ № ____
бұйрығына
151-қосымша

Приложение 151
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № ____

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №151/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 151/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № ____

Сынаққа жарамсыз сынамаларды (үлгілерді) тіркеу (бракераж) журналы
Журнал регистрации образцов (проб) не пригодных к испытанию (бракеражный)

Басталуы (Начат) " " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 ____ ж. (г.)

			Сынаманы жеткізген Т.А.Ә. (ол	Бракераж себебі (материал сапасы, жеткізу ережелері	Зерттелуш інің Т.А.Ә.			
--	--	--	-------------------------------------	---	--------------------------	--	--	--

Тіркеу нөмірі Регистрац ионный номер	Күні Дата	Сынама атауы Наименов ание образца	болған жағдайда), /жіберген мекеме атауы Наименов ание организац ии Ф.И.О (при его наличии), подпись доставший пробу	н бұзу және т. б. Сәйкессіздіктерді іктерді атау) Причина бракеража (Перечисли ть нарушени я, по качеству материала, правилам доставки и т.д)	(ол болған жағдайда), сынама, ошақ, мекенжай ы Ф.И.О. (при его наличии) больного человека, материал, очаг, адрес	Қабылданғ а н шаралар Принятые меры	Бракеражғ а жауапты, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), Ф.И.О. (при его наличии) ответствен ный за бракераж	Ескертпе Примечан ие
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 Рес спублики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 152/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере		Медицинская документация Форма № 152/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20__ года №__

Сәйкессіздіктерді және түзету іс-қимылдарын жүргізу жөніндегі іс-шараларды тіркеу журналы

Журнал регистрации несоответствий и мероприятий по проведению корректирующих действий

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Толтырылған күні (Дата заполнения)	Анықталған сәйкессіздік (Обнаруженное несоответствие)	Сәйкессіздіктердің орын алған уақыты мен жері (Место и время возникновения несоответствия)	Сәйкессіздіктің себебі (Причина несоответствия)	Түзету іс-қимылы (Корректирующие действия)	Өткізу мерзімі (Сроки проведения)	Жүргізуге жауапты (Ответственный за проведение)	Орындалуы туралы белгі (Отметка о выполнении)	Қабылданған іс-қимылдарды талдау және бағалау (Анализ и оценка предпринятых действий)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " ____ "

№ ____ бұйрығына

153-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

153- қосымша

Приложение 153

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің 20_
жылғы " ____ " _____ № ____
бұйрығымен бекітілген №153/е
нысанды медициналық құжаттама

<p>Х а л ы қ т ы ң</p> <p>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</p> <p>Форма</p> <p>№ 153/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " ____ 20 ____ года № ____</p>
--	--

Бактерицидтік шамның жұмыс істеген уақытын есепке алу журналы

Журнал учета отработанного времени бактерицидной лампы

Басталуы (Начат) " ____ " ____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " ____ 20 ____ ж. (г.)

Бөлімше (Шамның орнатылған күні атауы (Название отделения (кабинета))	Шамның орнатылған күні (Дата установки лампы)	Қос уақыты, сағ. (Время включения, час)	Өшіру уақыты, сағ. (Время выключения, час)	Жұмыс істеген уақыты, сағ. (Количество отработанного времени, час)	Шамның қалдық жаңу ұзақтығы, сағ. (Оставшаяся продолжительность горения лампы, час)	Жауапты қызметкердің қолы (Подпись ответственного лица)	Ескертпе (Примечание)
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
154-қосымша

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

Приложение 154
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ жылғы " ____ " _____
---	---

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№__ бұйрығымен бекітілген № 154/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 154/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ _____ года №_____

Тоңазыту жабдығының, тоңазыту және мұздату бөлмелерінің немесе камераларының температуралық режимін есепке алу журналы

Журнал учета температурного режима холодильного оборудования, холодильных и морозильных комнат или камер

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Күні (Дата)	Термометр көрсеткіштері (Показания термометра)		Өңдеу күні (Дата обработки)	Жауапты қызметкердің қолы (Подпись ответственного работника)	Ескертпе (Тоңазыту жабдығының электр энергиясының өшірілгені, ерітілгені, ақаулары туралы белгілер) (Примечание (отметки об отключении электроэнергии, размораживании, неисправности холодильного оборудования))
	Таңертең (утром)	Кешке (вечером)			
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№__ бұйрығына
155-қосымша

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

Приложение 155
к приказу Министра
здравоохранения

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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ №___ бұйрығымен бекітілген № 155/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 155/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" ___ 2021 года №___

Тазалау жүргізуді тіркеу журналы
Журнал регистрации проведения уборки

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацио нный номер	Күні Дата	Үй-жайдың атауы Название помещения	Жүргізу уақыты Ч а с ы проведения	Дез.құралда рдың уақыт экспозицияс ы Время экспозиции дез.средств	Кварцтау уақыты Время кварцевания	Жауапты Ответствен ный за проведение	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№___ бұйрығына
156-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
156- қосымша
Приложение 156
к приказу Министра
здравоохранения

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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Рес- публики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген №156/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 156/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

Медициналық қалдықтарды күнделікті есепке алу журналы

Журнал ежедневного учета медицинских отходов

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Кесте
Таблица

Тіркеу нөмірі Регист рацион ный номер	Күні дата	"А" сыныбы* (м3) класс "А"*(м3)		"Б" сыныбы \класс "Б"			
				Биологиялық/ анатомиялық қалдықтар (кг) Биологические/ анатомические отходы (кг)			
		Пайда болды образовано	Залалсызданды ру (кәдеге жарату) үшін б а с қ а ұйымдарға берілді Передано сторонним организациям н а обезвреживани е (утилизацию)	Пайда болды образо вано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		Залалсызданды ру (кәдеге жарату) үшін б а с қ а ұйымдарға берілді Передано сторонним организациям н а обезвреживани е (утилизацию)
					Өртеу арқылы сжиганием	Өртемеу әдістерімен н е сжигающими методами	
1	2	3	4	5	6	7	8
"Б" класс класс "Б"							
Өткір, үшкір қалдықтар (кг) Острые, колющие отходы (кг)				Өзге де (кг) Прочие (кг)			

Пайда болды образо вано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратқан) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		Залалс ызданд ыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымд арға берілді Переда н о сторон ним органи зациям н а обезвр еживан и е (утилиз ацию)	Пайда болды образовано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		Залалс ызданд ыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымд арға берілді Переда н о сторон ним органи зациям н а обезвр еживан и е (утилиз ацию)
	Өртеу арқылы сжиганием	Өртемеу әдістерімен н е сжигающими методами			Өртеу арқылы сжиганием	Өртемеу әдістерімен н е сжигающими методами	
9	10	11	12	13	14	15	16

*"А" сыныбы қалдықтарының пайда болу көлемі тоқсан сайын, жарты жылдықтың және жылдың қорытындысы бойынша, ТҚҚ қалдықтарын әкетуге арналған жүкқұжатына сәйкес толтырылады

* показатели объемов образования отходов класса "А" заполняются ежеквартально, по итогам полугодия и года, согласно накладным на вывоз отходов ТБО

Кестенің жалғасы продолжение таблицы

"В" сыныбы											
класс "В"											
Биологиялық/ анатомиялық қалдықтар (кг)			Өткір, үшкір қалдықтар (кг)			Өзге де (кг)					
Биологические/ анатомические отходы (кг)			Острые, колющие отходы (кг)			Прочие (кг)					
Пайда болды образов ано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		Залалс ызданд ыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымда рға берілді	Пайда болды образов ано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		Залалс ызданд ыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымда рға берілді	Пайда болды образов ано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		Залалс ызданд ыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымда рға берілді
		Өртеме у әдістері мен			Перед а н о сторон ним организ				Өртеме у әдістері мен	Перед а н о сторон ним организ	

	Өртеу арқылы сжиган ием	н е сжигаю щими метода ми	ациям н а обезвре живани е (утилиза цию)		Өртеу арқылы сжиган ием	н е сжигаю щими метода ми	ациям н а обезвре живани е (утилиза цию)		Өртеу арқылы сжиган ием	н е сжигаю щими метода ми	ациям н а обезвре живани е (утилиза цию)
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28

Кестенің жалғасы продолжение таблицы

"Г" сыныбы класс "Г"									
Құрамында сынап бар заттар (дана) Ртутьсодержащие предметы (шт)		Сұйық (л), қатты (кг) дәрілік заттар Лекарственные средства жидкие (л), твердые (кг)				Өзге де (кг) Прочие (кг)		"Д" сыныбы (кг) Класс "Д" (кг)	
Пайда болды образова но	Залалсыз дандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдар ға берілді Передано сторонни кам на обезвреж ивание (утилизац ию)	Пайда болды образова но	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты) Обезврежено (үшін утилизовано) самим объектом здравоохранения		Залалсыз дандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдар ға берілді Передано сторонни м организа циям на обезвреж ивание (утилизац ию)	Пайда болды образова но	Залалсыз дандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдар ға берілді Передано сторонни кам на обезвреж ивание (утилизац ию)	Пайда болды образова но	Залалсыз дандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдар ға берілді Передано сторонни кам на обезвреж ивание (утилизац ию)
			Өртеу арқылы сжигание м	Өртемеу әдістерім ен н е сжигаю щ и м и методами					
29	30	31	32	33	34	35	36	37	38

Ескертпе.

Күн сайын есепке алу нысаны электронды түрде xls (Microsoft Excel) форматында толтырылады.

Примечание.

Форма ежедневного учета заполняется в электронном виде, в формате xls (Microsoft Excel).

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
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
Х а л ы қ т ы ң 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 Регистра ционны й номер	Толтыр ылған күні Дата заполне ния	Өнім берушінің атауы Наимено вание поставщ ика	Сатып алынаты н өнімнің атауы Наимено вание закупае мой продукц ии	Өтінім № және күні № и дата заявки	Бағасы, теңге Цена, теңге	Өнім берушім е н жұмыс істеу кезінде жақсарт у серпіні Динами ка на улучшен ие при работе поставщ иком	Кепілдік Гаранти и	Сапасы Качеств о	Жеткізу дің сенімділ ігі Надежн ость поставо к	Таңдау нәтижес і Результ а т выбора
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 158/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Иондаушы сәулелену көздерін пайдаланатын шаруашылық жүргізуші субъектілерді және радиоактивті заттардың қозғалысын есепке алу журналы
Журнал учета хозяйствующих субъектов, использующих источники ионизирующего излучения и движения радиоактивных веществ

1. Объектілер тізімі/Список объектов

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Шаруашылық жүргізуші субъектінің атауы Наименование хозяйствующего субъекта	Объектінің мекен-жайы Адрес объекта	Министрлік ведомство) Министерство ведомство)	Радиациялық қауіпсіздікке жауапты адамның т егі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда () және телефоны Фамилия, имя, (отчество (при его наличии), контактный телефон ответственного за радиационную безопасность

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

2. Жұмыс парақтары әр объектіге ашылады

Рабочие листы заводятся на каждый объект

Тіркеу номері Регистрац ионный номер	Изотопты ң атауы Наименов ание изотопа	Алғашқы белсенділі, өлшеу мерзімі (Кюри, /а) Начальная активност ь, дата измерения	Төлқұжат ы бойынша көздің номері Номер источника п о паспорту	Контейнер дің нөмірі (радиоизотоптық аспаптар үшін) Номер контейнера (для радиоизотопных приборов)	Түскен күні Дата поступлен ия	Қызмет е т у мерзімі(қай жылға дейін) Срок службы (до какого года)	Қайда берілгені немесе көмілгені туралы белгі Отметка о передаче и ли захоронен ии	Ескертпе Примечан ие
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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 159/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере		Медицинская документация Форма № 159/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № ____

санитарно-эпидемиологического благополучия населения		
---	--	--

Жеке дозиметрия нәтижелерін тіркеу журналы

Журнал регистрации результатов индивидуальной дозиметрии

Басталды (Начато) " ____ " _____ 20__ ж (г)

Аяқталды (Окончено) " ____ " _____ 20__ ж (г)

Тіркеу нөмірі Регистрац ионный номер	Күні, айы, жылы Дата	Шаруашы лық субъектісі нің, ұйымның атауы Наименов ание хозяйству ющего субъекта, организац ии	"А" тобы персоналы ның Т.А.Ө . (ол болған жағдайда) Ф.И.О (при его наличии), персонала группы "А "	Дозиметрдің (кассетаны н) нөмірі Номер дозиметра (кассеты)	Құралдың көрсеткіш тері Показания прибора	Қайта есептеу коэффици енті Коэффици е н т пересчета	Мөлшер, мЗв Доза, мЗв	Дозиметри стің Қолы Подпись дозиметри ста
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
160-қосымша

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

160- қосымша

Приложение 160
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 160/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы		Медицинская документация Форма № 160/у Утверждена

<p>мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы</p> <p>Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>	<p>приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ года № _____</p>
---	--

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 реакции (ПЦР)

Басталды (Начат) " " 20 ж.(г.)

Аяқталды (Окончен) " " 20 ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

Тіркеу нөмірі (Регистра	Күні (дата)			Үлгі атауы, саны, көлемі, алынған орын (Наименование образца, количество, объем	Зерттеу әдісі (Метод	Зерттеу нәтижесі Результат исследования		Зерттеу аяқталған күн, зерттеуді жүргізген адамның лауызы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), және қолы (Дата окончания исследования, должность, Ф.И.О (при его наличии), и подпись лица, проводившего	Нәтиже берілген күні (Дата выдачи
	Үлгілерді алу	Зертханаға түсу (Поступление в	Зерттеудің басталуы (Начала			Сапалық көрсеткіш (Качественный показатель)	Сандық көрсеткіш (Количественный		

ционный номер)	(Отбора образцов)	лаборато рию)	исследов ания)	, место отбора)	исследов ания)		показател ь)	исследов ание)	результат а)
1	2	3	4	5	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
161-қосымша

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

Приложение 161
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ __жылғы " __ " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 161/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 161/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20_ ____года № _____

Москит имаголары санының маусымдық серпінін есепке алу журналы

Журнал учета сезонной динамики численности имаго москитов

_____ облысы (_____
области),
(в районе) _____

_____ ауданындағы елді мекеннің атауы (наименование населенного пункта)
_____ 20 ж. (г.)

Есепте у тәсілі	
--------------------	--

(үй-жайларда жабысқақ бетте, іннің алдына қойылған құйғыш тәрізді ұстағышта) (Способ учета (в помещениях на липкий лист, воронкообразной ловушкой 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 (далес-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

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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 162/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_____ года № _____ —

**Аумақтардағы барлап зерттеп-қарау нәтижелері бойынша кене энцефалитін тасымалдаушы
иксод кенелердің санын есепке алу журналы**
**Журнал учета численности иксодовых клещей-переносчиков клещевого энцефалита по
результатам рекогносцировочных обследований на территориях**

_____ облысы (области) _____ ауданы (района)									
Ауданның, ландшафт ы-климатт ы қ аймақтың атауы, маршрутт ың нөмірі		Тексеру көлемі,	Ашық аумақтарды тексеру (Обследование открытых территорий)	(Малды тексеру (Обследование скота)					
			Тексерілге н аумақтың өсімдік жамылғыс ынан	Оның ішінде		Оның ішінде кене басқан мал		Оның ішінде түрлік	

(Наименование района, ландшафт но-климат ической зоны, номер маршрута)	Тексеру күні (Дата обследования)	км-мен Объем обследования в км)	жиналған кенелер (Собрано клещей с раститель ного покрова обследова нной территори и)	түрлік тиесілігі бойынша (В том числе, по видовой принадлеж ности)	Қаралған ірі қара мал (Осмотрено крупного рогатого скота)	(ІҚМ және ҰМ) (В том числе заклещева нного скота (КРС и МРС))	Жиналған кенелер (Собрано клещей)	тиесілігі бойынша (В том числе, по видовой принадлеж ности)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Барлық жиналған кенелер (Всего собрано клещей)	Оның ішінде түрлік тиесілігі бойынша (В том числе, по видовой принадлежности)	Зертханаға зерттеуге жіберілген кенелер (Түтікшелер саны, әр түтікшеде қанша дана, GPS - деректер СЕ, ШБ) (Направлено клещей на исследование в лабораторию (Количество пробирок, Сколько штук в каждой пробирке, GPS-данные СШ, ВД))	Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)	
			Патогенді агенттер бөлінді (Выделены патогенные агенты)	Оң партиялардың пайызы (Процент положительных партий)
10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
163-қосымша

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

Приложение 163
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

						Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_
--	--	--	--	--	--	---

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	_____ жылғы "____" мамырдағы №____ бұйрығымен бекітілген № 163/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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 көрсетіл імдер (Показан ия 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)					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

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
164-қосымша

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

Приложение 164
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №164/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 164/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года № _____

Экстенсивті зерттеп-қарау (жаппай аулау) нәтижелері бойынша жәндіктер санын есепке алу журналы

Журнал учета численности насекомых по результатам экстенсивных обследований (массовый отлов)*

облысы (области) _____ ауданында (районе) _____

Елді мекеннің атауы, объект Наименование населенного пункта, объект	Үй-жайдың түрі Т и п 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	О р т а 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

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №165/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 165/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20__ года № _____</p>

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 коймас ы (Водое м)	Он күндік* және орташа айлық (бұдан әрі – ОА) саны (Подекадная* и среднемесячная (далее – СМ) численность)											
	Сәуір (Апрель)				Мамыр (Май)				Маусым (Июнь)			
	1	2	3	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Он күндік* және орташа айлық (бұдан әрі – ОА) саны (Подекадная* и среднемесячная (далее – СМ) численность)												Маусымдық орташа көрсеткіш (Среднесезонный показатель)
Шілде (Июль)				Тамыз (Август)				Қыркүйек (Сентябрь)				
1	2	3	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ	
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

* Әрбір онкүндікті 2 кіші бағанға бөлеміз: алымында – барлық дернәсілдер, бөлгішінде – бір сынамаға келетін саны; Бір м2 су бетіне келетін санды қайта есептеуді зертханалық жағдайда жедел талдау мен материалды жинақтау барысында жүргізу керек.

*Каждую декаду делим на две подграфы: в числителе – всего личинок, в знаменателе – численность на одну пробу; Перерасчет численности на один м2 водной поверхности осуществлять в лабораторных условиях при оперативном анализе и обобщении материала.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
166-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
166- қосымша
Приложение 166
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы " __ " _____ № __ бұйрығымен бекітілген №166/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 166/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " __ " _____ 20__ года № _____

Қансорғыш буынаяқтылардың түрлік құрамын зерделеу нәтижелерін тіркеу журналы
Журнал регистрации результатов изучения видового состава кровососущих членистоногих

(в) _____ ауданында (районе), _____ облысында (области)

Елді мекеннің атауы Наимено вание населенн ого пункта	Буынаяқт ылар түрінің атауы м е н олардың даму фазалары Наимено вание вида членисто ногого и фазы его развития	Түрі мен айы бойынша жиналған түрлерінің саны Численность собранных экземпляров по видам и месяцам						Барлық жиналғаны Всего собрано	
		IV	V	VI	VII	VIII	IX	Абсолют т і к санмен В абсолютн ы х числах	Ортақ саннан алынған пайызбен В процента х о т общего числа
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Приложение 167
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2026 года
№ _____

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

Приложение 167
к приказу Министра

здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы " __ " _____ № __ бұйрығымен бекітілген №167/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 167/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " __ " _____ 20__ года № _____

Жәндіктер мен кенелердің шағуына (шабуылына) байланысты жүтінген адамдарды тіркеу журналы

Журнал регистрации обратившихся с укусами (нападением) насекомых и клещей

Басталуы (Начат) _____ 20 ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регист рацион ный номер	ЕПМ-д е кене шағу жағдай ының тіркелг ен күні Дата регист рации случая	Тегі, аты, әк есінің аты (ол болған жағдай да), Фамил ия, имя , отчест во (при	Туған күні Дата рожде ния	Ауылд ы қ округті ң, елді мекенн ің, учаске нің атауы Наиме новани е сельск ого округа,	Үй мекен- жайы Домаш ний адрес	Жұмыс , оқу орны, балала р ұйымы ның атауы Место работы , учебы , наимен	Кенеле рдің шабуы л жасау аумағы , орны ((ашық аумақт а, мал үй-жай ында, жайыл ымда, аула аумағы нда)) Террит ория, место напада ния клеще	денеде кенені табу және оны алу күні дата обнару жения клеща	кенені зертха наға жеткіз у және кенені зертте у күні достав ка клетча в лабора	Тексер у нәтиже сі Резуль тат Обслед ования	кенеле рдің түрлер і, жын ысы Видова я и полова я принад лежнос	Орынд аушын ы ң қолы, т егі, аты, әкесіні ң аты (о л болған жағдай да), Фамил ия,имя, отчест во (при его
--	--	---	---------------------------------------	---	---	---	---	--	--	--	---	---

1	укуса клеща в ЛПУ	его наличи и),	4	населе нного пункта , участк а	6	ование детско й органи зации	й (на открыт о й тоерри тории, скотно е помещ ение, пастби ще, на террит ории д вора)	9	на теле и его снятия	тарию и дата исслед ования клеща	11	т ь клеще й	наличи и), должн ость исполн ителя
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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 168/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20_ _____ года № _____

Тамақ өнімдерінің үлгісін тіркеу және (жоғары дәлдіктегі жабдықта) зерттеу нәтижелерін беру журналы

Журнал регистрации образца и выдачи результатов исследований пищевых продуктов (на высокоточном оборудовании)

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационны й номер)	Сынама алу күні (Дата отбора образца)	Сынама ның түскен күні (Дата поступления)	Хаттама ның толтырылған күні (Дата составления протокола)	Сынама алу орны, ұйымның мекенжайы және атауы (Место отбора, адрес и наименование организации)	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Физикал ық-хими ялық көрсеткі штер (Физико-химичес кие показате ли)	Анықта лған шоғырл ану (Обнару женная концент рация)	Өнімнің Н Қ бойынш а нормасы (Норма по НД на продукт)	Анықта у әдісіне арналға н НҚ (НД на метод определ ения)	Зерттеу жүргізге н адамның қолы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайд а) (Ф.И.О (при его наличии) , подпись лица проводи вшего исследо вание)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ __ бұйрығына
169-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
169- қосымша
Приложение 169
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

										Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	_____ жылғы "____" _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 169/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 169/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ года № _____

Дайын тағамдардың үлгілерін және рациондардың құнарлылығын зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы

Журнал регистрации образцов и результатов исследования готовых блюд, рационов на калорийность

Басталуы (Начат) "____" _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "____" _____ 20____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистра ционный номер)	Күні Дата		Үлгі алынған объектінің атауы (Наимено вание объекта, где взят образец)	Тағамдар дың атауы (Наимено вание блюд)	Порция салмағы (Вес порции)		Салмағы Вес		
	Дайындалған (Выработ ки)	Түскен (Поступле ние)			Салынуы бойынша (По раскладк е)	Іс жүзінде (Фактичес ки)	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 расклад ке)	Ең аз рұқсат етілген (Миним ально допуст имые)	Іс жүзінде (Фактич ески)	Тарату мәзірі бойынша (По меню расклад ке)	Ең аз рұқсат етілген (Миним ально допуст имые)	Іс жүзінде (Фактич ески)	Ақуыздар (Белки)			Көмірсулар (Углеводы)		
						Тарату мәзірі бойынша (По меню расклад ке)	Ең аз рұқсат етілген (Миним ально допуст имые)	Іс жүзінде (Фактич ески)	Тарату мәзірі бойынша (По меню расклад ке)	Ең аз рұқсат етілген (Миним ально допуст имые)	Іс жүзінде (Фактич ески)
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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Х а л ы қ т ы ң
санитариялық-эпидемиологиялық
саламаттылығы саласындағы

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің 20_
жылғы " " _____ № ____
бұйрығымен бекітілген
№ 170/е нысанды медициналық
құжаттама

Медицинская документация
Форма № 170/y

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

Басталуы (Начат) " _____ " _____ 20 ____ ж. (Г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зертханалық нөмірі Лабораторный номер	Нәтиже берілген күн Дата выдачи результата	Үлгі алынған орыны және мекен-жай Место отбора пробы и адрес	Температурасы оС Температура оС		Иісі Запах			Түстілігі, градуспен Цветность в градусах	Түсі (сипаттау) Цвет (описание)
				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

Продолжение таблицы

Кестенің жалғасы

Жалпы минерал дау (құрғақ қалдық) (Общая минерал изация (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
					Аммиак а, мг/л	Нитриттердің (нитритов), мг/л	Нитраттардың (Нитратов), мг/л	Cr3+	Cr6+	
25	27	28	29	30	31	32	33	35	36	37

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Марганец, мг/л	ББЗ, мг/л (ПАВ)	Алюминий, мг/л	Бор, мг/л	Молибден, мг/л	Полифосфат, мг/л	Фенол, мг/л	Кремний диоксид, мг/л	Формальдегид, мг/л	Басқа заттар (Другие вещества)	Зерттеулер саны/ Количество исследований	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) проводившего исследования
38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
171-қосымша

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

Приложение 171
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " ____ " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 171/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 171/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20____ года № _____</p>

Орталықтандырылған және орталықтандырылмаған сумен жабдықтаудың ауыз су үлгілерін зерттеу нәтижелерін есепке алу журналы
Журнал учета результатов исследования образцов питьевой воды централизованного и нецентрализованного водоснабжения

Басталуы (Начат) " " 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгі түскен күн (Дата поступления и я образца)	Үлгі алынған орын (Место отбора образца)	Мекенжай (Адрес)	Иісі, баллмен (Запах в баллах)		20оС-тағы дәмі, баллмен (Привкус в баллах при 20оС)	Түстілігі, градуспен (Цветность в градусах)	Стандартты шкала бойынша лайылығы мг/дм3 (Мутность по стандартной шкале, мг/дм3)	pH
				20оС	60оС				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

[illegible]

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Сульфаттар мг/л (Сульфаты, мг/л)	Темір мг/л (Железо, мг/л)	Мыс мг/л (Медь, мг/л)	Кадмий , мг/л	Мырыш мг/л (Цинк, мг/л)	Қорғасын мг/л (Свинец, мг/л)	Күшән мг/л (Мышьяк, мг/л)	Сынап мг/л (Ртуть, мг/л)	Фторидтер мг/л (Фториды, мг/л)	Молибден, мг/л	Бериллий (Be 2+), мг/л	Қалдық алюминий мг/л (Остаточный алюминий, мг/л)
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32

Кестенің жалғасы(Продолжение таблицы)

Марганец, мг/л	Полифосфаттар мг/л (Полифосфаты, мг/л)	Бор (В), мг/л	Селен (Se), мг/л	Хром (Cr 6+), мг/л	Хром (Cr 3+), мг/л	Никель (Ni), мг/л	Мұнай өнімдері (Нефтепродукты)	Полиакриламид, мг/л	Фенол, мг/л	Формальдегид, мг/л	Стронций, мг/л	Сүрме (Сурьма), мг/л
33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Бен(а)пирен, мг/л	Цианид, мг/л	Калий, мг/л	Натрий, мг/л	Барий, мг/л	Кальций, мг/л	Магний, мг/л	Гидрокарбонаттар (Гидрокарбонаты)	Сілтілік (Щелочность)	СБАЗ (СПАВ)
46	47	48	49	50	51	52	53	54	55

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Жергілікті жағдайларға тән ерекше заттар, мг/л Специфические вещества, характерные для местных условий	Үлгіде жүргізілген зерттеулер саны (Количество исследований, проведенных в образце)	Зерттеу нәтижелері берілген күн (Дата выдачи результатов исследований)	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование)
56	57	58	59

Ескертпе (Примечание):

1) үлгіге зерттеудің барлық түрлері тіркелетін бірыңғай зертханалық нөмір беріледі (образцу придается единый лабораторный номер, под которым регистрируются все виды исследования);

2) су құбырларының тарату желісінің, орталықтандырылған немесе орталықтандырылмаған сумен жабдықтау көздерінің ауыз суын зерттеу көлемі үлкен

болғанда жеке журналдар жүргізуге жол беріледі (при большом объеме исследований питьевой воды из разводящей сети водопроводов, источников централизованного и децентрализованного водоснабжения допускается ведение самостоятельных журналов)

Жерүсті су объектілерінің су үлгісін зерттеу көлемі үлкен болғанда жеке журнал жүргізуге жол беріледі. (При большом объеме исследований образца воды поверхностных водных объектов допускается ведение самостоятельного журнала.)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
172-қосымша

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

Приложение 172
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 172/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 172/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ года № _____

Топырақ үлгілерін және зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы

Журнал регистрации образцов и результатов исследования почвы

Басталуы (Начат) " " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы(Окончен) " " _____ 20 ж. (г.)

Үлгіні тіркеу нөмірі	Күні Дата	Үлгі алынған орын,мекен-жайы	Анықталатын көрсеткіштердің атауы На и м е н о в а н и е определяемых показателей

Регистрационный номер образца			Үлгі алынған Отбора образца	Зертханаға жеткізу Доставка в лабораторию	М е с т о отбораобразца, адрес	Ылғалдылығы % Влажность %			Жалпы азот % Общий азот %		
1			2	3	4	5			6		
Анықталатын көрсеткіштердің атауы											
Наименование определяемых показателей											
азот мг/кг			Органикалаық көміртек органический углерод	Хлоридтер мг/кг Хлориды		Фторидтер мг/кг Фториды		Күшәла мг/кг Мышьяк		Қорғасын, (мг/кг) Свинец (мг/кг)	
Нитриттер Нитриты	Нитраттар Нитраты	Аммонийлі Аммонийный									
7	8	9	10	11	12	13			14		
Анықталатын көрсеткіштердің атауы											
Наименование определяемых показателей											
Сын ап мг /кг	Мұнай өнімдерімг/кг Нефте-	Синтетикалаық үстіңгі белсенді заттар (СБАЗ)мг/кг Синтетические поверхностно-	Осы өңірге тән көрсеткіштер Показатели характерные для данного региона								
Зерттеу жүргізген адамның қолы, Т. А. Ә. (ол болғаны жағдайда) Ф. И. О. (пр											

Рт ут ь	проду кты	тно-актив н ы е вещества (СПАВ)													Ескертпе Примечание	ег о на ли чи и), по дп ис ь ли ца, пр ов од ив ше го ис сл ед ов ан ие
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

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 173/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 173/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ года № _____</p>

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.)

				<p>Метеорологиялық жағдайлар Метеорологические условия</p>		<p>Ластан у көзі және ластану көзінен</p>	
					<p>А у а н ы ң температурасы</p>		

Тіркеу нөмірі Регистр ационн ы й номер	Үлгі алынға н күн Дата отбора	Үлгі алынға н уақыт Время отбора	Елді-ме кеннің атауы Наимен ование населен ного пункта	Атмосф ералық қысым Атмосф ерное давлен ие	Температура воздуха		Салыст ырмалы ылғалд ылығы Относи тельная влажност ь	Ветер		және үлгі алу орны арасын дағы қашықт ық Источн и к загрязн ения и расстоя ние от источн ика загрязн ения и место отбора	Анықта латын заттар Опреде ляемые вещест ва
					Құрғақ Сухого	Ылғалд ы Влажно го		Бағыты Направ ление	Жылда мдығы Скорос ть		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Анықтал ған бір реттік ең жоғары концентр ация мг/ м3 Обнаруж енная максимал ьно-разов а я концентр ация мг/ м3	Шекті рұқсат етілген концентр ация (ШПК), Ең жоғарғы бір реттік мг/м3 Предельн о - допустим а я концентр ация (ПДК), максимал ьно - разовая мг/м3	Анықтал ған орташа тәуліктік концентр ация мг/ м3 Обнаруж енная средне-су точная концентр ация мг/ м3	Орташа тәуліктік ШПК мг/ м3 ПДК средне-су точная мг /м3	Іріктеу уақыты (сағ.,мин) Время отбора (час,мин)			Зерттеу жүргізуге негіз болған норматив тік құжаттам а Нормати вная документ ация, согласно которой проводил ось исследов ание	Зерттеу нәтижелері Зерттеу нәтижеле рі берілген күн Дата выдачи результат ов исследов аний	зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ө. (ол болған жағдайда), қолы Ф.И.О. (при его наличии), подпись проводив шего исследов ание
				Басталуы Начало	Аяқталу ы Конец	Аспирац ия жылдамд ығы, 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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 174/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года № _____

**Жабық үй-жайлардың және жұмыс аймағының ауа үлгісін және оны зерттеу нәтижелерін
беруді тіркеу журналы**

**Журнал регистрации образца и выдачи результатов исследования воздуха закрытых
помещений и рабочей зоны**

Басталуы (Начат) " " _____ 20_____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20_____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Нөмірлері (Номера)		Тексе рілеті н объек тінің атауы (	Метеорологиялық жағдайлар (Метеорологические условия)				Арақашықтық м, см (Расстояние в м, см)		Үлгі алу уақыты (Время отбора образца)	
	Сіңірг іштер	Эскиз бойын ш а		Атмос ферал ы қ	Ауа ның қозғал у	Ауа н ы ң температурас ы	Салыс		Лас		

(Регистрационный номер)	дін, сүзгілердің (Поглотитель, фильтр)	алу нүктелерінің (Точек отбора по эскизу)	Алу күні (Дата отбора)	Наименование и его обозначение (Объекта)	қысым (Атмосферное давление)	жылдамдығы (Скорость движения воздуха)	(Температура воздуха)		тырмалы ылғалдылық (Отношение относительной влажности)	Еденнен (От Пола)	тану көзінен (От источника загрязнения)	Басталуы (Начало)	Аяқталуы (Окончание)
							Құрғақ (Сухого)	Ылғалды (Влажного)					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Аспирация жылдамдығы л/минутпен (Скорость аспирации л/мин)	Анықталатын көрсеткіштің, зат ингредиентінің атауы, мг/м3 (Наименование определяемого показателя, ингредиента вещества в мг/м3)	Зерттеу нәтижелері мг/м3 (Результаты исследования в мг/м3)		Зерттеу әдістемесі (Методика исследования)	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись проводившего исследование)
		Анықталған шоғырлану (Обнаруженная концентрация)	РЕШШ, ЭБКД және басқалары (ПДК, ОБУВ и другие)		
15	16	17	18	19	20

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
175-қосымша

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

Приложение 175
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " _____ № ____ ____ бұйрығымен бекітілген №175/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық		

<p>саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы</p> <p>Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>	<p>Медицинская документация</p> <p>Форма № 175/у</p> <p>Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ года № _____</p>
---	--

Дезинфекциялау құралдарының үлгілерін және оларды зерттеу нәтижелерін (әсер ететін заттың болуы) беруді тіркеу журналы

Журнал регистрации образцов и выдачи результатов исследований дезинфицирующих средств (содержание действующего вещества)

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрация онның номер	Күні және уақыты Дата и время		Үлгінің атауы, Үлгінің шоғырлануы Саны, көлемі Наименование образца, Концентрация образца Количество, объем	Үлгінің алғашқы орны / Местоположения образца	Зерттеу мақсаты / Цель исследования	Үлгінің НҚ-ға сәйкестігін зерттеу / Исследования соответствия НД	Бақылау штампдарының атауы / Наименование контрольных штаммов	Заттардың агрегаттық күйі / Агрегатное состояние веществ	Зерттеу барысы Ход исследования				Зерттеу нәтижесі / Результаты исследования	Зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А.Ө. (ол болған жағдайда), Ф.И.О. (при его наличии), подпись, проводившего исследование
	Үлгі алу Отбора образца	Зертханаға түсу Поступления в лабораторию							Нақты шоғырлану / Фактически концентрация	Әсер етуші заттың құрамы / Содержание действующего вещества	Экспозициясы / Экспозиция	Нормаланып көрсеткіш / Нормируемый показатель		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Токсикологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации токсикологических исследований

Тіреу нөмірі Регистра ционны й номер	Заттың атауы, оның құрамы, үлгінің алынған орны Наименование веществ а, его состав, место отбора	Зерттелінетін мөлшер (концентрация) Исследуемая доза (концентрация)	Жануарлардың сипаттамасы Характеристика животных				Зерттеудің басталуы Начало исследования	Зерттеу барысы Ход исследования	Зерттеудің аяқталуы Окончание исследования	Зерттеу жүргізген адамның қолы Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), Ф.И.О. (при его наличии), подпис ь проводившего исследование
			Түрі Вид	Салмағы Вес	Топтық белгі Группов ая метка	Жеке белгі Индивиду альная метка				

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
177-қосымша

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

Приложение 177
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " _____ № ____ ____ бұйрығымен бекітілген №177/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 177/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20_ ____ года № _____

Азық-түлік емес өнімдер мен шикізат үлгісін зерттеуді тіркеу журналы

Журнал регистрации исследования образца непродовольственной продукции и сырья

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Үлгіге токсикологиялық зерттеулер тіркелетін реттік бірыңғай зертханалық (тіркеу) нөмірі беріледі (Образцу придается порядковый единый лабораторный (регистрационный) номер, под которым регистрируются токсикологические исследования)

	Күні (Дата)		Үлгіні а лу орны, ұйымны ң атауы, оның	Зерттеу негізге а	Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)			Зерттеу нәтижел ерін алғ

Тіркеу нөмірі (Регистрат ционны й номер)	Талдауд ың басталу ы (Начало анализа)	Талдауд ың аяқталу ы (Окончан и я анализа)	ведомст волық т иесілігі (Место отбора, наимено вание организ ации, его ведомст венная принадл ежность)	Бұйымн ың атау ы (Наимен ование изделия)	лынып жүргізіл ген НҚ (НД в соответс твии с которой провод лось исследо вание)	Көрсеткі ш атауы (Наимен ование показате ля)	Анықта лған шоғырл андыру (Обнару женная концент рация)	Рұқсат етілген шоғырл ану (Допусти м а я концент рация)	Зерттеу жүргізге н адамн ың қолы (Подпись лица, провод вшего исследо вание)	ан адам ның қол ы Подпись лица, получив шего результ а т ы исследо вания
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
178-қосымша

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

Приложение 178
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №178/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 178/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20 ____ года № _____

Тамақ өнімдерінің және қоршаған орта объектілерінің үлгілерін пестицидтердің, пестицидтердің әсер етуші заттарының және минералдық тыңайтқыштардың қалдық

мөлшеріне зерттеу нәтижелерін тіркеу және есепке алу журналы
Журнал регистрации образца и учета результатов исследования продуктов питания и объектов окружающей среды на остаточное количество пестицидов, действующих веществ пестицидов и минеральных удобрений

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регист рацион ный номер	Үлгіні ң атау ы Наиме новани е образц а	Үлгі ал ынған күн Дата отбора образц а	Талдау жүргізі лген кү н Дата провед ения анализ а	Үлгі ал ынған орын, аудан Место отбора образц а , район ы	Үлгіні ң салм ағы мен кө лемі Вес и объем образц а	Зертте летін п естици дтер Исслед уемые пестиц иды	Минер алды т ыңайтқ дың кө рсеткі штері і Показа тели минера льных удобре ний	Талдау лар саны Колич ество анализ ов	Анықт алған п естици дтер, мг/кг Минер алды т ыңайтқ ыштар дың кө рсеткі штері Обнар уженн о е содерж ание показа телей пестиц идов и минера льных удобре ний	ШРК мг/кг, МРЕД, мг/кг ПДК мг/кг, МДУ мг/кг	НҚ НД	Зертте у жүргі зген ад амның қолы т егі, ат ы, әкес інің ат ы (ол б олған жағдай да) Фамил ия, имя , отчес тво(пр и его наличи и), подпис ь лица, провод ившего исслед ование
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

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №179/енысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы емлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 179/y Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20____ года №_____</p>

Жарықтандыруды өлшеуді және зерттеу нәтижелерін беруді тіркеу журналы
Журнал регистрации измерений и выдачи результатов исследований освещенности

Басталуы (Начат) " _____ " _____ 20 ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " _____ " _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Өлшеу күні (Дата измерения)	Объектінің атауы (Наименование объекта)	Өлшеуге арналған құралдар (Приборы для измерения)	Табиғи жарықтандыруды өлшеу нәтижелері (Результаты измерений естественной освещенности)					
				Жоғары жақтан жарықтану кезінде (При верхнем освещении)	Бүйірден жарықтандыру кезінде (При боковом освещении)	Сыртқы жарықтандыру (Наружная освещенность)	ТЖК орташа мәні (КЕО среднее значение)	Сыртқы жарықтандыру (Наружная освещенность)	ТЖК орташа мәні (КЕО среднее значение)
				Өлшенген ТЖК (КЕО измеренное)	Норма бойынша рұқсат етілген. (Допустимая по нормам)	Өлшенген ТЖК (КЕО измеренное)	Норма бойынша рұқсат етілген. (Допустимая по нормам)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Жасанды жарықтандыруды өлшеу нәтижелері (Результаты измерения искусственной освещенности)		Біріккен жарықтандыру кезіндегі (При совмещенном освещении)	Нормалар бойынша рұқсат етілген (Допустимая по нормам)	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О (при его наличии), подпись лица проводившего исследование)
Люкспен жарықтандыру (Освещенность в люксах)	Нормалар бойынша рұқсат етілген, лк (Допустимая по нормам, лк)	Люкспен жарықтандыру, лк (Освещенность в люксах)		
11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
180-қосымша

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

Приложение 180
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №180/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 180/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20_ _____ года № _____

**Шуды, дыбыс оқшаулануын, инфрадыбысты, ультрадыбыстарды және дірілді өлшеуді
тіркеу журналы**

Журнал регистрации измерений шума, звукоизоляций, инфразвука, ультразвука и вибрации

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Тірк еу н өмір і Регист рацион ный номе р	Күні айы, жылы Дата, месяц, год	Шаруашылық ж үргізікші субъект інің, ұйымның а тауы Наименование хозяйствующего субъекта, организации	Цех, бөлім , үй-жай Цех, отделение, помещени е	Өлшеулер саны Количество замеров							
				Шу (Шум)		Дыбыс оқшаулану ы (Звукоизоля ция)		Инфрадыбыс ((Инфразвук)		Ультрады быс ((Ультразву к)	
				Барл ығы / Всег о	ШРК-дан жоғары Выше ПДУ	Барл ығы / Всег о	ШР К-да н жоға ры Выш е ПДУ	Барл ығы Всег о	ШРК-дан жоғары Выше ПДУ	Барл ығы Всег о	Рауа лы шегі Выш е 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	Барл ығы Всег о	ШРК-дан жоғары Выше ПДУ								
13	14	15	16	17		18				19	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
181-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
181- қосымша
Приложение 181
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы " " _____ № _____
---	--	---

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	___ бұйрығымен бекітілген №181/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 181/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ _____ года № _____

Электрмагниттік өрісті (ЭМӨ), инфрақызыл, ультракүлгін және лазерлік сәулеленуді өлшеуді тіркеу журналы

Журнал регистрации измерений электромагнитного поля (ЭМП), инфракрасного, ультрафиолетового и лазерного излучений

Басталуы (Начат) "___" _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистр	Күні (Дата)	Объекті нің атауы (Наименование	Цех, бөлім (Цех, отдел)	Жұмыс орында рының саны (Количество	ЭМӨ кернеулігі Напряженность ЭМП			Қарқын дылық: инфрақ ызыл; у льтракү лгін; ла зерлік с әулелен у; өндірі стік жиі ліктің ЭМӨ к ернеулі гі (50Гц) Интенс ивность : инфрак расного ; ультра фиолет ового; лазерно г о излучен ия; напряж енность ЭМП промыш ленно	Энергия ағысы ның ты ғыздығы Вт/ м ² , МкВт/ см ² Плотн	Қолдан ылған қ ұралдар дың ата уы Наимено вание использ	Өлшеу жүргізг ен маман дардың аттарын Наимено вание использ о (при
					Электр лік күрауш ысы бойынша, кВ/м, В/м (По электри ческой составл яющей, кВ/м, В/м)	Магнит тік күрауш ысы бойынша А/м, мкТл (По магнит ной составл яющей А /м, мкТл)	Электр остатик алық өріс кВ/ м, Электр остатич еское				

ационн ы й номер)		объекта)		рабочи х мест)			поле кВ /м	й частоты 50Гц) Вт/м2, Дж/м2,, кВ/м	сть потока энергии Вт/м2, МкВт/ см 2	ованны х прибор ов	его наличи и) специа листов, провод ивших измере ние
					Өлшенг ен саны /РЕШД, Измере нное количес тво/ ПДУ	Өлшенг ен саны /РЕШД, Измере нное количес тво / ПДУ	Өлшене г ен саны/ РЕШД, Измере нное количес тво/ ПДУ	Өлшенг ен саны /РЕШД, Измере нное количес тво / ПДУ	Өлшенг ен саны /РЕШД, Измере нное количес тво / ПДУ		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына

182-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

182- қосымша

Приложение 182

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрлігі

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің 20
_____ жылғы " ____ " _____ № ____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	_____ бұйрығымен бекітілген №182/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 182у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "_____" _____ 20__ _____ года № _____

Радиоактивтілікті зерттеуге түсетін үлгілерді және оларды зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы

Журнал регистрации образцов, поступающих на исследование радиоактивности и результатов их исследования

Басталды (Начато) "_____" _____ 20__ ж (г)

Аяқталды (Окончено) "_____" _____ 20__ ж (г)

Тіркеу нөмірі (Регистрацио нный номер)	Түскен күні (Дата поступлени я)	Үлгінің атауы (Наименован ие образца)	Алынған орны мен уақыты (Место и время отбора)	Үлгінің көлемі (ы салмағы) (Объем (вес) образца)	Қаптаманың сипаттамас (ы Характерис тика упаковки)	Зерттеу максаты (Цель исследован ия)	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-з ертханаш ының Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) врача- лаборант а)
Жиынты қ альфа- белсенділі і к (Суммарн а я альфа-акт ивность)	Жиынты қ бета- белсенділі і к (Суммарн а я бета-акт ивность)	Ra-226	Th -232	K-40	Cs-137	Sч-90	Pb-210	Басқа изотопта р (Другие изотопы)	
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
183-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
183- қосымша
Приложение 183
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 183/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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 (Регистрацион ный номер)	Тіркеу журналы бойынша нөмірі (Номер по журналу регистрации)	Талдау жүргізілген күн (Дата проведения анализа)	Үлгінің атауы (Наименовани е образца)	Зерттелген үлгінің массасы (Есептік көлемі), (кг, л) (Масса (Есептік объем) (Масса исследованно й образца (кг, л))	Есептеу уақыты (с) (Время счета (с))	Есептеу уақыты (с) (Время счета (с))
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

(Продолжение таблицы)

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

Құралдың көрсеткіштері (Показания прибора)				Коэффициент Eff а	Коэффициент Eff в	Коэффициент Ktr	Альфа – активтілік Альфа - активност ь	Бета- активтілік Бета- активност ь
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 нысан анды медициналық құжаттама	
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 184/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20____ года № _____	

Радиохимиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации радиохимических исследований

Басталды (Начато) " ____ " _____ 20__ ж (г)

Аяқталды (Окончено) " ____ " _____ 20__ ж (г)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Талдау жүргізілген күн (Дата проведения анализа)		Үлгінің атауы (Наименование образца)	Зерттелетін көрсеткіштердің тізбесі (Перечень исследуемых показателей)	Анықтау әдісіне НҚ (НД) на метод описания)	Зерттелетін үлгінің салмағы (Вес исследуемого образца)	Төсеніш салмағы (Вес подложки)	Тасушының шығуы (в) (Выход носителя (в))	Ыдырауға байланысты түзету (поправкам на распад)	Қондырғының сезгіштігі (Чувствительность установок)	Фонмен бірге үлгіні есептеу жылдамдығы (Скорость счета проб с фоном)	Фонды есептеу жылдамдығы (Скорость счета фона)	Үлгінің белсенділігі (Активность пробы)	НҚ бойынша норматив (Норматив по НД)
	Басталуы (Начало)	Аяқталуы (Конец)												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " ____ "
№ ____ бұйрығына
185-қосымша

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

Приложение 185
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " _____ № ____ ____ бұйрығымен бекітілген № 185/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық		Медицинская документация Форма № 185/у

<p>саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы</p> <p>Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>	<p>Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ года №_____</p>
---	--

Радияциялық бақылауды және зерттеулерді тіркеу журналы **Журнал регистрации радиационного контроля и исследований**

Басталуы (Начат) "___" _____ 20 ж. (г).

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20 ж. (г).

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)	Өлшеулер жүргізілетін орын (Место проведения замеров)	Өлшеулер мақсаты (Цель измерения)	Жергілікті жердің табиғи гамма-фонның ЕТТД-сы (мкЗв/сағ) (МЭД естественного гамма-фона местности (мкЗв/ч))	Дозаның өлшенген қуаты (мкЗв/час, н/сек) (Измеренная мощность дозы (мкЗв/час, н/сек)) Еденнен (жерден) биіктікте (На высоте от пола (грунта))		
					1,5м	1м	0,1м
1	2	3	4	5	6	7	8
ЕТТД өлшеулерінің жалпы саны (Общее количество замеров МЭД)	Ауадағы радонның өлшенген, тең салмақты, баламалы, көлемді белсенділігі (Бк/м3) (Равновесная, эквивалентная, объемная активность радона в воздухе (Бк/м3)) Топырақ бетінен алынған радон ағымының өлшенген тығыздығы (мБк/ш.м.·сек) (Измеренная плотность потока радона с поверхности грунта (мБк/м2·сек))	Радон өлшеулерінің жалпы саны (Общее количество замеров радона)			Маманның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) және қолы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и подпись специалиста)		

9	10	11	12
---	----	----	----

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
186-қосымша

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

Приложение 186
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " _____ № ____ ____ бұйрығымен бекітілген №186/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма №186/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20_ ____ года № _____

Жергілікті жердің гамма-фонын тіркеу журналы

Журнал регистрации гамма-фона местности

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж. (г).

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж. (г).

Күні (Дата)	Өлшеу уақыты (Время измерения)	Дозаның қуаты мкЗв/сағ (Мощность дозы, мкЗв/ час)	Ауа райы жағдайы туралы белгі (Отметка о погодных условиях)
1	2	3	4

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
187-қосымша

Приложение 187
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Х а л ы қ т ы ң
санитариялық-эпидемиологиялық
саламаттылығы саласындағы
мемлекеттік органының немесе
ұйымының атауы
Наименование государственного
органа или организации в сфере
санитарно-эпидемиологического
благополучия населения

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген № 187/е нысанда медициналық құжаттама

Медицинская документация
Форма №187/у
Утверждена приказом Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от " ____ " _____ 20____
года № _____

Журнал регистрации образцов материала от людей

Аяқталды (Окончен) " _____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

(Используемая нормативная документация (далее – НД)):

Тіркеу нөмірі (Регистрация)	Күні, уақыты (Дата, время)		Үлгіні жіберген ұйым (Организация,	Үлгінің атауы (Наименование)	Тексерілетін адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (	Жасы (Возраст)	Тұрғылықты мекенжайы	Жұмыс орны, лауазымы (Место работы,	Диагноз, тексеріп қарау еселігі (Диагноз, кратнос	Зерттеу мақсаты
	Үлгілер алу	Зертханға түсу (Поступления в								

ционны й номер)	(Отбора образца)	лаборат орию)	направи впая образец)	ование образца)	при его наличии) обсле дую емого)		(Адрес прожива ния)	должнос ть)	т ь обследо вания)	(Цель исследо вания)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Ауырған күні Д а т а заболевания	Күні дата			Зерттеу нәтижес і Результат исследования	Зерттеу жүргізге н адамның тегі, аты, әкесінің ат ы (ол болған жағ дайда), лауазым ы Фамилия имя отчество (при его наличии), должность лица, проводившего исследование
	Зерттеудің басталған Начала исследования	Зерттеудің аяқталған Окончания исследования	Нәтижелердің берілген Выдачи результатов		
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
188-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
188- қосымша

Приложение 188
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 188/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы		Медицинская документация Форма №188/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Казахстан от " ____ " _____ 20_ ____ года № _____
---	---

Ішек инфекциялары тобын микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы

Журнал регистрации микробиологических исследований на кишечную группу инфекций

Басталды (Начат) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

(Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1. _____

2. _____

Күні (Дата)	Реттік нөмірі (Порядковый номер)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Тығыз орталарға тікелей себу (Прямой посев на плотные среды)		Байыту ортасынан себінді алу (Высев со среды обогащения)	(Микроскопия)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы

(Продолжение таблицы)

Сәйкестендіруге арналған тесттер (Тесты для идентификации)

Лактоза	Глюкоза	Күкірт сутек (Сероводород)	Уреаза	Индол	Қозғалғыштығы (Подвижность)	Маннит	Сахароза	Симонсцитраты (Цитрат Симонса)	Кристенисцитраты (Цитрат Кристенса)	Ацетат	Фенилаланин	Лизин
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Кестенің жалғасы

(Продолжение таблицы)

Глицерин	Малонат	Дульцит	Сорбит	Арабиноза	Ксилоза	Рамноза	Рафиноза	Трегалоза	Мальтоза	Штерн сорпасы	Жалған агар
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34

Кестенің жалғасы

(Продолжение таблицы)

Сәйкестендіруге арналған тесттер										Зерттеудің ая
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------

(Тесты для идентификации)												қталға н күні, зертте у жүргі зген ад амның Т.А.Ә. (ол бол ған жа ғдайда) қолы (Дата оконча ния исслед ования Ф.И.О (при его наличи и), подпис ь лица, провод ившего исслед ование)
Фогес- Проска уэр реакци ясы (Реакци я Фогес- Проска уэра)	Метил қызыл ымен реакци я (Реакци я с метиловым красным)	Нитрат тардың қалпы на келуі (Востан овлени е нитрат ов)	Аргин ин	Орнит ин	Инозит	Адонит	Несепн эр					
35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына

189-қосымша

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

189- қосымша

Приложение 189

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_____
--	--	--

<p>Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген №189/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>	<p>Медицинская документация Форма № 189/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20____ года № _____</p>

Басталды (Начат) " " 20 ж. (Г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Зерттеу жүргізілген күні (Дата проведения исследования)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)	Жасы (Возраст)	Жұмыс орны, үй мекенжайы (Место работы, домашний адрес)	Үлгіні жіберген ұйым (Организация направившая образец)	Тығыз қоректену ортасында өсуі (Рост на плотных питательных средах)		Микроскопия
						КА	ЖСА	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)									Зерттеу аяқталған күн, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (

Гемолиз	Лецитина за	Каталаза	Пигмент	Плазмоко агулаза	Глицерин	Маннит	Үлпектің түзілуі ((Хлопье образова ние)	Зерттеу н әтижесі ((Результат исследов ания)	ол болған жағдайда , қолы (Дата окончани я исследов ания, фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись проводив шего исследов ание)
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 " " _____№____ б ұйрығымен бекітілген № 190/е нысанды медициналық құ жаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере		Медицинская документация Форма № 190/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Қоректену ортасы, өсу сипаты (Питательная среда, характер роста)							Токсигендік қасиеттер Токсигенные свойства				Зертеу жүргізген адамның теңдестірі, аты, кесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы және қолы (Фамилия, имя, отчество о (при его
									ПТР әдісі		
							2 4 сағаттан кейін Элек тесті (Тест Элека через	4 8 сағаттан кейін Элек тесті (Тест Элека через			

	Микроскоп зерттеу (Микроскопия)	Глюкоза	Сахароза	Крахмал	Уреаза	Цистин аза	2 4 часов)	4 8 часов)	(Метод ПЦР)	Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)	наличия), должность и подпись лица, проводившего исследование)
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
191-қосымша

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

Приложение 191
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 191/е нысанды медициналық құжаттама

<p>Х а л ы қ т ы ң</p> <p>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</p> <p>Форма № 191/у</p> <p>Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20___ года № _____</p>
--	---

Кенелердің, жәндіктердің түрлік тиістілігін анықтауды тіркеу журналы
Журнал регистрации определения видовой принадлежности клещей, насекомых

Басталуы (Начат) "___" _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Жиналған кенелер Собрано клещей		
	Барлығы Всего	Кенелердің түрі Виды клещей	Тексерілген қорлар саны Число обследованных пулов
1	2	3	4

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына

192-қосымша

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

192- қосымша

Приложение 192

к приказу Министра
здравоохранения

Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20___ жылғы " " _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 192/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң</p> <p>санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы</p>	<p>Медицинская документация</p> <p>Форма № 192/у</p> <p>Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики</p>

[illegible]

Микро скоппе н зертте у (Микро скопия)	Уреаза	Қарапайым агардағы өсуі (Рост на просто м Агаре)	Тиразинді ЕПА-д а өсуі (Рост на МПА с Тирази ном)	Қозғалғышты ғы (Подви жность)	Цитрат ты көдеге жарату (Утилиз ация цитрат а)	ПТР әдісі (ПЦР метод)	ен ұйым (Орган изация , направ ившая матери ал)	Диагно зы	Пигмент	Маннит	Зерттеу нәтиже сі (Результ ат исслед ования)	да) және қолы (Дата оконча ния исслед ования , фамил ия, имя , отчест во (при его наличи и) и подпис ь провод ившего исслед ование)
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

Х а л ы қ т ы ң
санитариялық-эпидемиологиялық

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің 20_
__ жылғы " " _____
№__ бұйрығымен бекітілген №
193/е нысанды медициналық
құжаттама

<p>саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы</p> <p>Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>	<p>Медицинская документация</p> <p>Форма № 193/у</p> <p>Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ года № _____</p>
---	--

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

(Тесты для идентификации)										Зерттеу дің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы және қолы (Дата окончания исследования, фамилия, имя , отчество (при его наличии) , должность и подпись лица, проводившего исследование)	
37oC-та сарысу сыз агарда (Бессывороточном агаре при 37oC)	37oC-та 0,2% өтті сарысу агарында (0,2% желчно м агаре сывороточном при 37oC)	5% -ды сахароза ерітіндісі бар агарда полисахаридтің түзілуі (Образование полисахарида на агаре с 5 % раствором сахарозы)	Глюкозаның (Глюкоза)	Лактозаның (Лактоза)	Мальтозаның (Мальтоза)	1 % сахарозаның (1% сахароза)	Фруктозаның (Фруктоза)	Шыныдағы агглютинация (Агглютинация на стекле)	Серологиялық типтеу (Серотипирование)		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
194-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
194- қосымша
Приложение 194

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 194/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 194/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ года №_____

Тамақ өнімдерінің үлгілерін микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований образцов пищевых продуктов

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НҚ)

(Используемая нормативная документация (далее - НД)):

1. _____

2. _____

Сынамала р нөмірі (Номера проб)	Тіркеу нөмірі (Регистрац	Күні, уақыты (Дата, время)			Үлгінің атауы, алынған орны, алған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Наименов а н и е образца,	МАШАнМС (КМАФАнМ)		
		Алу (Отбора)	Зертханаға түсу (Поступлен и я в	Зерттеудің басталған күні		Себілетін көлемдер	Өскен колонияла р саны (Количеств	Жалпы тұқымдалу

	номер)		лабораторию)	(Начало исследования)	место отбора Ф.И.О (при его наличии) отобранного образца)	(Засеваемые объемы)	о выросших колоний)	(Общая обсемененность)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Ішек таяқшалары тобындағы бактериялар (ІТТБ) және E.coli (Бактерии группы кишечных палочек (БГКП) и E.coli)						
Себілетін көлем (Засеваемый объем)	Жинақтау ортасында өсуі (Рост на средах накопления)	Э н д о ортасында өсуі (Рост на среде Эндо)	Микроскопия	Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)		
				Оксидаза	Глюкоза	Симонса
10	11	12	13	14	15	16

[illegible]

		Стафлакококка зерттеу (Исследование на стафилококк)									
		Тікелей себу/ Прямой посев	Байыту ортасынан кайта себу/ Ввысев со среды обогащения			Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)					Термо тұрақ ты
								Маннит			

ФАГ	Агглютинация	Себу көлемі / Засев емый объем	Тән колониялар саны/ количество характерных колоний	Себу көлемі / Засев емый объем	Тығыз коректенуортас ында өсуі / Рост на плотных средах	Микроскопия	Плазмokoагуляция	Лецитиназа	РПК	Аэробты жағдайларда (В аэробных условиях)	Анаэробты жағдайларда (В анаэробных условиях)	Глицерин	нуклеаза (Термостабильная нуклеаза)
29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42

Кестенің жалғасы

(Продолжение таблицы)

Зерттеу: (Исследование на:)			
Enterobacter-sakazakii	Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)	Анаэробтар / (Анаэробы)	Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)
43	44	45	46

Кестенің жалғасы

(Продолжение таблицы)

Зерттеу: (Исследование на:)									
Proteus	Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)	Ашытқы, зең (Дрожжи, плесень)	Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)	Сульфит редуциялаушы клостридиялар (Сульфит редуцирующие клостридии)	Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)	V.parahaemolyticus	Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)	Спорулық аэробтар (Споровые аэробы)	Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)
47	48	49	50	51	52	53	54	55	56

Кестенің жалғасы

(Продолжение таблицы)

Зерттеу: (Исследование на:)							
Enterococcus	Сәйкестендіру тесттері	Сүт қышқылды микроорганизмдері	Сәйкестендіру тесттері	L.monocytogenes	Сәйкестендіру тесттері	Зерттеу нәтижесі	Зерттеу аяқталған күн, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы. (Дата окончания исследования)

	(Тесты идентификации)	(Молочно-кислые микроорганизмы)	(Тесты идентификации)		(Тесты идентификации)	(Результат исследования)	ия, фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование)
57	58	59	60	61	62	63	64

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
195-қосымша

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

Приложение 195
к приказу

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 195/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 195/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ года № _____</p>

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 (Регистрац ионный номер)	Күні, уақыты (Дата, время)			Үлгі алынған орын, объект (Объект, место отбора образца)	Зерттеу мақсаты (Цель исследова ния)	МЖС (микробтардың жалпы саны) (ОМЧ (общее микробное число))	
		Алу (Отбора)	Зертханаға түсу (Поступлен и я в лаборатор ию)	Зерттеудің басталуы (Начало исследова ния)			Себілетін көлем (Засеваемы й объем)	Өскен колонияла р саны (Количество о выросших колонии)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Колиформды бактерияларға зерттеу (Исследования на колиформные бактерии)							Коли-фагтар (Коли-фаги)			Сульфит редуциялауш ы кlostридияла р (Сульфитреду ци-рующие кlostридии)			Микр оскоп ия
Себіле тін көлем (Засева емый объем)	ЛПС- да өсуі (Рост на ЛПС)	Эндо ортас ында өсу (Рост на среде Эндо)	Микр оскоп ия	Оксид азалы тест (Оксид азный тест)	37-С кезінд егі лактоз а (Лакто за при 37-С)	44С кезінд егі лактоз а (Лакто за при 44С)	Тікеле й себу (Прямо й посев)	ТТБЖ Б мөлше рі (Колич ество БОЕ)	Байыт у ортас ында себу көлемі (Засева емый объем в среде обога щения)	ТТБ – ның болуы (Налич ие БОЕ)	Себіле тін көлем (Засева емый объем)	Вильс он-Бл ер ортас ында өсу (Рост на среде Вильс он-Бл ер)	
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

Кестенің жалғасы

(Продолжение таблицы)

Стафилококкқа зерттеу: (Исследование на стафилококк)				Ps.aeruginosa зерттеу (Исследования на Ps.aeruginosa)			
Себілетін көлем (Засеваемый объем)	Тығыз ортада өсу (Рост на плотных средах)	Микроскопия	Коагуляция плазмасы Плазма коагуляция	Себілетін көлем (Засеваемый объем)	Тығыз орталарда өсу (Рост на плотных средах)	Микроскопия	Оксидазалы тест (Оксидазный тест)
24	25	26	27	28	29	30	31

Кестенің жалғасы

(Продолжение таблицы)

Патогенді энтеробактерияларға зерттеу (Исследование на патогенные энтеробактерии)									
Себілетін көлемдер (Засеваемый объем)	Тығыз орталарда өсу (Рост на плотных средах)	Микроскопия	Оксидаза	Лактоза	Глюкоза	Күкіртсутегі (Сероводород)	Уреаза	Қозғалғыштығы (Подвижность)	Цитратты кәдеге жарату (Утилизация цитрата)
32	33	34	35	36	37	38	39	40	41

Кестенің жалғасы

(Продолжение таблицы)

Патогенді энтеробактерияларға зерттеу (Исследование на патогенные энтеробактерии)								Зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при его наличии) , подпись лица, проводившего)
Маннит	Рамноза	Рафиноза	Мальтоза	Дульцит	Ксилоза	Лизин	Аргинин	
								Зерттеу нәтижесі (Результат)

								Орнити н	т исследо вания)	вшего исследо вание)
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
Х а л ы қ т ы ң 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 (Регистра ционны й номер)	Үлгінің атауы, алынған орны (Наимен ование образца, место отбора)	Коли-титрді анықтау (Определение коли-титра)					Cl.perfringens титрін анықтау (Определение титра Cl.perfringens)		
			Себілеті н көлемде р (Засевае мы е объемы)	Эндо ортасын да өсу сипаты (Характе р роста на Эндо)	Микрос копия	Оксидаз а	Глюкоза дағы газ (Газ в глюкозе)	Себілеті н көлемде р (Засевае мы е объемы)	Вильсон -Блер ортасын да өсу сипаты (Характе р роста на среде Вильсон -Блер)	Микрос копия
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы

(Продолжение таблицы)

Жылусүйгіш микроорганизмдерд і анықтау (Выявление термофильных микроорганизмов)	Басқа зерттеулер (Другие исследования)	Себу көлемі (Засеваемые объемы)	Тығыз орталарда өсу (Рост на плотных средах)	Микроскопия
12	13	14	15	16

Кестенің жалғасы

(Продолжение таблицы)

Патогенді микрофлораны анықтау (Определение патогенной микрофлоры)							
Тікелей себу (Прямой посев)				Байыту ортасынан қайта себу (Высев со среды обогащения)			
Себу көлемі (Засеваемые объемы)	Эндо	SS-агар	BCA	Себу көлемі (Засеваемые объемы)	Эндо	SS-агар	BCA
17	18	19	20	21	22	23	24

Кестенің жалғасы
(Продолжение таблицы)

Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)									
Микроскопия	Оксидаза	Күкіртсутек (Сероводород)	Уреаза	Лактоза	Глюкозадағы газ (Газ в глюкозе)	Индол	Симонс цитраты (Цитрат Симонса)	Қозғалғыштығы (Подвижность)	Сахароза
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34

Кестенің жалғасы
(Продолжение таблицы)

Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)								Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)	Талдау аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы және қолы (Дата окончани я анализа, фамилия и м я отчество (при его наличии), должность и подпись лица, проводившего исследование)
Натрий ацетаты (Ацетат натрия)	Фенилаланин-дезаминидаза	Лизин	Фогес-Проскауэр реакциясы (Реакция Фогес-Проскауэра)	Нитраттардың қалпына келуі (Восстановление нитратов)	Аргинин	Орнитин	Рамноза		
35	36	37	38	39	40	41	42	43	44

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
197-қосымша
Қазақстан Республикасының

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылығы "____" _____ №__ бұйрығымен бекітілген №197/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 197/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ года №____</p>

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)
 Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)
 Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)
 Используемая нормативная документация (далее – НД)
 1. _____
 2. _____

[illegible]

Регис траци онны й номер	Дата	Наим енова ние объек та	Мест о взяти я смыва	Ортал ардың атауы Наим енова ние сред	Ортад а өсуі Рост н а среде	Лецит иназа	Микр оскоп ия	Плаз макоа гулаз а	Манн ит	Маль тоза	Ортал ардың атауы Наим енова ние сред	Ортад а өсуі Рост н а среде	Тығы зорта д а өсуі Рост н а плотн ы х среда х	Микр оскоп ия
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Басқа микроорганизмдерге зерттеу Исследование на другие микроорганизмы														
Ортал ардың атауы Наиме нован и е сред														

Зертте
удің а
яқталғ
анкүні
, айы,
жылы
зертте
у жүрг
ізген а
дамны
ң қол
ы, тегі
, аты,
әкесін
ің аты
(ол бо
лған ж
ағдайд
а),
Дата
оконч
ания
исслед
овани
я ,
фамил
ия,
имя,
отчест
во (
при
его на
личии
) и
подпи
сь лиц
а ,
прово
дивше
г о

	Сәйкестендіру тесттері Тесты для идентификации							Зерттеу нәтижелері Результаты исследования					исслед овани я
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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық	

саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 198/y 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 (Регистра ционны й номер)	Үлгі алу күні, уақыты (Дата, время отбора образца)	Үлгі алынған ұйым, орын (Организ ация, место отбора образца)	Үлгі алынған жер (Место отбора образца)	МЖС-ын ((микробтың жалпы санын) зерттеу: (Исследование на ОМЧ (общее микробное число))		Стафилококка зерттеу: (Исследование на стафилококки):				
				Экспозициясы, жылдамдығы (Экспозиция, скорость) Жіберілген ауаның көлемі (Объем пропущенного воздуха)	Колониялардың жалпы саны (Общее число колоний)	Экспозициясы, жылдамдығы Жіберілген ауаның көлемі (Экспозиция, скорость) (Объем пропущенного воздуха)	Колониялардың жалпы саны (Общее число колоний)	Лецитин аза	Микроскопия	Плазмак оагуляция
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,

Экспозициясы, жылдамдығы (Экспозиция, скорость) Жіберілген ауаның көлемі (Объем пропущенного воздуха)	Колониялардың жалпы саны (Общее число колоний)	1 м3 микроорганизмдер саны (Количество микроорганизмов в 1 м3)			зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование)
		Жалпы (Общее)	Алтын түстес стафилококк (Золотистый стафилококк)	Зең (Плесень)	
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
199-қосымша

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

Приложение 199
к приказу

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

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 199/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 199/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ ____ года № _____

Дәрілік (дәріханалық) нысандардың микробиологиялық зерттеулерін тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований лекарственных (аптечных) форм

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " " 20 ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

(Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні (Дата)	Үлгі алынған ұйым, орын (Организация, место взятия образца)	Үлгінің атауы, ыдысы, қаптама с ы , таңбалануы, үлгілер саны (Наименование образца , тара, упаковка , маркировка, число образцов)	Зерттеу: (Исследование на:)							
				КМАФАнМ		Enterobacteriaceae			E.coli		
				Себу көлемі (Засеваемый объем)	Өскен колониялардың саны (Количество выросших колоний)	Себу көлемі (Засеваемый объем)	Ортада өсусипаты (Характер роста на среде)	микроскопия	Себу көлемі (Засеваемый объем)	Ортада өсусипаты (Характер роста на среде)	Микроскопия
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы

(Продолжение таблицы)

[illegible]

Себу көлемі (Засаеваемы объектом)	Ортада өсу сипаты (Характер роста на среде)	Себу көлемі (Засаеваемы объектом)	Ортада өсу сипаты (Характер роста на среде)	Оксидазды тест (Оксидазды тест)	Себу көлемі (Засаеваемы объектом)	Ортада өсу сипаты (Характер роста на среде)	Себу көлемі (Засаеваемы объектом)	Жиналу ортасында өсуі (Рост на средах накопления)	Микроскопия	Себу көлемі (Засаеваемы объектом)	Жиналу ортасында өсуі (Рост на средах накопления)	Микроскопия	(Экспресс-тест үшін препараттың нөмірі мен сериясы, бақылау, нәтиже) (Номер и серия препарата для экспресс-теста, контроль, результаты)	Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)	әкесінің аты, (ол болған жағдайда), лауазымы және қолы (Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность и подпись лица, проводившего исследование)
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
200-қосымша

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

Приложение 200
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "____" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 200/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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 нөмірі		Үлгі алынған орын, ұйым	Үлгіні өңдеу және себу жүргізілген күні,	Зерттеу: / Исследование на:			
				Анаэробтар Анаэробы		Аэробтар Аэробы	
				Қоректену орталарындағы өсу сипаты Характер роста на питательных средах	Морфология	Қоректену орталарындағы өсу сипаты Характер роста на	Морфология

Регистрационный номер	Күні дата	Организация, место взятия образца	Обработка образца и дата посева			питательных средах	Морфология
1	3	4	5	6	7	8	9
Зең және ашытқы санырауқұлақтары Плесневые и дрожжевые грибки			Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), және қолы Дата окончания исследования. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и подпись лица, проводившего исследование			
Қоректену орталарындағы сипаты Характер роста на питательных средах		Морфология Морфология					
10		11		12			

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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы		Медицинская документация Форма № 201/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Казахстан от " ____ " _____ 20__ ____ года № _____
---	---

Жұқпалы материалдар қозғалысын есепке алу журналы

Журнал учета движения заразного материала

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20__ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20__ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____
2. _____

Тіркеу нөмірі Регист рацион ный номер	Күні Дата	Зертте у түрі (үлгілер мен Өс ірінділердің атауы) Вид исследования (наименование образцов, культур)	Түскен үлгілер мен Өс ірінділердің саны Количество поступивших образцов, культур	Себінділер саны Количество посевов				Түрлері бойынша ауруды жұқтырған жануарлар саны Количество зараженных животных по видам				Дәрігер-бактериологтың қолы Подпись врача-бактериолога
				Күн басталар алдында Күн басталар алдында	Себілді Посеян	Жойылды Уничт ожено	Күннің соңына қарай Күннің соңына қарай	Күн басталар алдында Күн басталар алдында	Жұқтырғаны Зараже но	Өлгені немесе жойылғаны Погиб ло или уничто жено	Күннің соңына қарай Күннің соңына қарай	
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

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 202/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 202/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20 ____ года № ____</p>

Бөлінген өсірінділерді және оларды жоюды есепке алу журналы
Журнал учета выделенных культур и их уничтожения

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Реттік нөмірі (Порядковый номер)	Штамның нөмірі (Номер штамма)	Өсірінділердің латын транскрипциясындағы атауы (Наименование культур в латинской транскрипции)	Бөліну күні (Дата выделения)	Бөліну көзі (Источник выделения)	Үлгі алынған мекенжай және күні (Адрес и дата взятия образца)	Бөліну әдісі (Способ выделения)	Штамның типтілігі * (Типичность штамма)*	Штамның биотипі (Биотип штамма)	Штамның тарихы** (Судьба штамма)**	Жою күні, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Дата уничтожения Ф.И.О (при его наличии) , подпись проводившего исследование)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

* - атиптік болса, 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

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 203/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 203/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20____ года № _____</p>

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 – НК) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1. _____

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Қабылданған күні (Дата поступления)	Өсіріндінің атауы (Наименование культуры)	Түскен өсірінді салынған ыдыстар (түтіктер, ампулалар және басқалар) саны (Количество поступивших емкостей с культурой (пробирки, ампулы и другие))	Өсіріндіні жіберген ұйым (Организация направившая культуру)	Зерттеу мақсаты (Цель исследования)	Зерттеу нәтижесі берілген күн (Дата выдачи результата исследования)	Шығыс құжаттаманың нөмірі (Номер исходящей документации)
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
204-қосымша

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

Приложение 204
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 204/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере		Медицинская документация Форма № 204/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20 ____ года № _____

Өсірінділер мен ұйымнан тыс босатуды есепке алу журналы
Журнал учета отпуска культур и токсинов за пределы организации

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Талап түскен күн Дата поступления требования	Талап берген ұйым Организация направившее требование	Жіберілген Өсірінді атауы (штампы ың немесе токсиннің нөмірі) Наименование и отпущенной культуры (номер штамма или токсина)	Өсірінділер салынған сыйымдылықтардың саны (қаптама түрі) Количество отпущенных емкостей с культурами (вид упаковки)	Өсіріндінің жіберілген күні. Шығыс құжаттама ның нөмірі Дата отпуска культур. Номер исходящей документации	Өсіріндіні алған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), . сенімхаты, жеке куәлігінің нөмірі Ф.И.О (при его наличии) получившего культуры, доверенность, номер удостоверения личности	Алғаны туралы қолхат Расписка в получении
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№___ бұйрығына
205-қосымша

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

Приложение 205
к приказу

Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылығы "____" _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 205/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 205/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ года №____

Қоректік ортаны дайындау және бақылауды тіркеу журналы

Журнал регистрации приготовления и контроля питательных сред

Басталуы (Начат) "____" _____ 20____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) "____" _____ 20____ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____
2. _____

Тіркеу нөмірі Регистра ционны й номер	Көріктік ортаны дайында у күні, айы, жылы Дата пригото вления питальн ой среды	Бақылау жүргізіл ген күн Дата проведе ния контрол я	Қоректі к ортаның атауы Наимен ование питальн ой среды	Дайынд алған көректік ортаның мөлшері , литрмен Количес тво пригото вленной питальн ой среды, в литрах	Көректі к ортаның сериясы және дайында лған күні Серия и дата пригото вления питател ьной среды	Индикат орлық бақылау штаммы Контроль ный индикат орный штамм	Көректі к ортаның стериль дігін бақылау Контроль стериль ности питател ьной среды	Дайынд алған ортаның рН-ы рН пригото вленной среды	Индикат орлық штаммы ң өсу сипаты Характе р роста индикат орного штамма	Қоректі к ортаның жарамд ылығы туралы қорыты нды. Зерттеу жүргізге н адамның Т.А.Ә. (____ ол болған жағдайд а), қолы Заклucose ние о пригото вленнос ти среды . Ф.И.О (при его наличии) ,
---	---	--	--	--	---	---	--	---	--	---

										подпись лица проводи вшего исследо вание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
206-қосымша

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

Приложение 206
к приказу

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 206/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 206/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года № _____

Мұражайлық өсірінділер қозғалысын есепке алу журналы

Журнал учета движения музейных культур

Басталуы (Начат) " " _____ 20 ____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 ____ ж.(г.)

							Зерттеу жүргіз					
--	--	--	--	--	--	--	----------------	--	--	--	--	--

Тіркеу нөмірі Регист рацион ный номер	Микро бтың латын транск рипция сында ғы атауы Наиме новани е микро ба в латинс кой транск рипци и	Ерекш е атаула ры Особы е назван ия	Штам м нөмірі Номер штамм а	Бөліну көзі Источ ник выделе ния	Бөліну күні Дата выделе ния	Бөліну орны Место выделе ния	ген адамн ы ң Т.А.Ә. (ол болған жағдай да), лауазы мы Ф.И.О (при его наличи и), должн ость лица, провод ившего исслед ование	Штам мды жіберг е н ұйымн ы ң атауы Наиме новани е органи зации, направ ившей штамм	Штам м бар ыдыст ардың саны Колич ество емкост ей со штамм ами	Түскен күні Дата поступ ления	Штам м ы жою туралы белгі Отмет ка об уничто жении штамм а	Ескерт пе Приме чание
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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық	Медицинская документация Форма № 207/у

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

Режимдік зертханаға келушілерді тіркеу журналы
Журнал регистрации посетителей режимных лабораторий

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі (Регистрацион ный номер)	Келген күні мен уақыты (Дата и время посещения)		Келушінің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) посетителя)	Жұмыс орны (Место работы)	Келу мақсаты (Цель посещения)	Алып келген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) ((Ф.И.О. (при его наличии), должность, подпись сопровождаю щего лица)
	Бастапқы (Начало)	Дейін (До)				
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2026 жылғы " " _____
 № ____ бұйрығына
 208-қосымша

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 208- қосымша
 Приложение 208
 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 20 августа 2021 года
 № ҚР ДСМ-84
 Нысан

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 208/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 208/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20 ____ года № _____</p>

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. _____

<p>Күні, уақыты Дата, время</p>		
<p>Зертханаға келіп түсуі</p> <p>Үлгілерді іріктеу Отбора образцов</p>		<p>Объектінің атауы, орналасқан жері, үлгі іріктеуді жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы Үлгіні жеткізген ұйым мен маманың Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы Организация и Ф.И.О (при его наличии), должность специалиста, доставившего образец</p> <p>Наименование, местонахождение объекта, Ф.И.О</p>

Тіркеу нөмірі Регистр ационн ы й номер		Поступления в лабораторию	Үлгінің атауы Наимен ование образца	Саны, көлемі, қо рабы Количество, объем, упаковка	(при его наличи и), дол жность специа листа произв одивше г о отбор		Зерттеу мақсат ы Цель исследо вания
1	2	3	4	5	6	7	8
Зерттеу басталғ ан күн Дата начала исследо вания	Зерттеу нәтижесі Результат исследования				Зерттеу аяқталғ ан күн Дата оконча ния исследо вания	Зерттеу жүргізг е н адамны ң қолы (Т.А.Ә. (ол болған жағдай да), лауазы мы) Подпис ь провод ившего исследо вание (	Зерттеу нәтижесін алу күні және алған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы Дата и Ф.И.О (
	Бактери ологиял ық Бактери ологиче ского	Серологиялық Серологическог о	Биологиялық Биологического	Генети калық Генети ческого	Ф.И.О (	), подп ись получив шего результ ат исследо вания	
9	10	11	12	13	14	15	16

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

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 209/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 209/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20____ года № _____</p>

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. _____

											<p>Мезофилді аэробты және факультативік</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

Күні (Дата)	Тіркеу нөмірі (Регистр ационн ы й номер)	Өнімні ң атауы , үлгі қайдан жеткізі лді және кім алды (Наимен ование продук та. Откуда доставл ен и кем взят образец)	Сыртқы түрін қарау Осмотр внешне го вида	Қысым ға төзімді лік сынағы Испыта ние на гермети чность	Себу көлемд ері (Засевае мы е объемы)	Термостатта ұстау (Термостатная выдержка)			Тағамн ың рН-ы (РН продук та)	анараэробты микроорганизмд ерді анықтау (Выявление мезофильных аэробных и факультативных анаэробных микроорганизмо в)	
						Инкуба ция темпер атурасы (Темпер атура инкуба ции)	Экспоз иция (тәулік) (Экспоз иция (сутки))	Экспоз ицияда н кейінгі қаптта ның, өнімнің сыртқы түрі (Внешн ий вид упаковк и , продук т а после выдерж ки)		Өсуін сипатта у (Описан и е роста)	Морфо логия, тесттер (Морфо логия, тесты)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Термофильді аэробты және факультативік анараэробты микроорганизмдерд і анықтау (Выявление термофильных аэробных и факультативных анаэробных микроorganiz мов)		Мезофилді облигатты анаэробтарды анықтау (Выявление мезофильных облигатных анаэробов)		Спора түзбейтін микроорганизмдерді анықтау (Выявление неспорообразую щих микроорганиз мов)			Басқа зерттеуле р	Зерттеу нәтижелері (	Зерттеу аяқталған күн Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда , қолы (Дата окончани я исследов ания. Ф.И.О. (при его наличии) подпись лица, проводив
Өсудің сипаттам асы (Описание роста)	Морфоло гия, тесттер (Морфоло гия, тесты)	Өсудің сипаттам асы (Описание роста)	Морфоло гия, тесттер (Морфоло гия, тесты)	Қоректік орталар (Питатель н ы е среды)	Өсудің сипаттам асы (Описание роста)	Морфоло гия, тесттер (Морфоло			

						гия, тесты)	(Другие исследо вания)	Результат исследов ания	шего исследов ание)
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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 210/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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 Дата	Автоклавтың маркасы, нөмірі Марка, номер автоклава	Зарарсыздандырылатын бұйымдар Обеззараживаемые изделия		Қаптамасы Упаковка	Зарарсыздандыру уақыты, минутпен Время обеззараживания в мин.		Режим Режим		Бақылау тесті Тест-контроль			Маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы және қолы Ф.И.О (при его наличии), должность и подпись специалиста, проводившего обеззараживание
		Атауы Наименование	Саны Количество		Басталуы Начало	Аяқталуы Конец	Қысымы Давление	Қызуы Температура	Биологиялық Биологически	Термиялық Термический	Химиялық Химический	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " ____ "
№ ____ бұйрығына
211-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
211- қосымша
Приложение 211
к приказу

Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " ____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 211/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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 Reg ист рац ио нн ый но ме р	Күні, уақыты Дата, время		Тексерілушінің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), Ф.И.О. (при его наличии) обследуемого	Жасы Возраст	Тұрғылықты мекен жайы Адрес проживания	Жұмыс орны, лауазымы Место работы, долж- ность	Зерттеу мақсаты Цель иссле- дова- ния	
	Үлгіні зертханаға қабылдау Поступления образца в лабораторию	Зерттеудің басталған Начала исследования						
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Пассивті гемагглютинация реакциясы (ПГАР)

Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на:

ОЗ иер син иоз ға ОЗ иер син иоз	О9 иер син иоз ға О9 иер син иоз	Жалған туберкулезге Псевдотуберкул ез	Кристе нсени иерсин иозы иерсин иоз Кристе нсени	Листериозға Листериоз	Лептос пирозға Лептос приоз	Пастереллез ге Пастереллез	Күйдіргі іге Сибирс к ую язву	Туляре мияға Туляре мию	Са ры пка Бр уце лле з	Бө ртп е сүз екк е Сы пн ой ти ф	Қо сы мш а ин фе кц иял ар До по лн ите льн ые ин фе кц ии
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Сарыпқа Н а бруцеллез		Риккетсиозға жүргізілетін комплементті байлау реакциясы (КБР) Реакция связывания комплемента (РСК) на риккетсиоз:			Лептоспироз антигенімен жүргізілген РМА РМА с лептоспирозным антигеном				Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә . (ол болған жағдайда), лауазымы және колы Ф.И.О (при его наличии), должность и подпись специалиста, проводившего исследование		
Хе дд льс он реа кц ияс ы Реа кц ия Хе дд льс она	РозБенгал үлгісі Проба РозБенгал		Р а й т реакциясы Реакция Райта	Бернет	Сибирик	Музер	Провач ек				
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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 212/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года № _____

Биологиялық зерттеулерді тіркеу журналы

Журнал регистрации биологических исследований

Басталуы (Начат) " " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____
2. _____

Тіркеу нөмірі	Жануарлар түрі	Жұқтыру күні	Жұқтыру жолы	Биологиялық сынаmanın нәтижесі	Патологиялық картина
				Результат биологической пробы	

Регистрационный номер	Вид животных	Дата заражения	Способ заражения	Өлгені Пало	Өлтірілгені Убито	Патологоанатомическая картина
1	2	3	4	5	6	7
Жағындыларды, ішкі органдарды микроскоппен қарау Микроскопия мазков, отпечатков внутренних органов	Ішкі органдарды микробиологиялық зерттеу Микробиологическое исследование внутренних органов	Ішкі органдарды серологиялық зерттеу Серологическое исследование внутренних органов	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн Дата окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы Ф.И.О (при его наличии), подпись специалиста, проводившего исследование	
8	9	10	11	12	13	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
213-қосымша

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

Приложение 213
к приказу

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 213/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере		Медицинская документация Форма № 213/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Иммундық-биологиялық препараттардың белсенділігін бақылау журналы

Журнал контроля активности иммунобиологических препаратов

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Иммунобиологиялық препараттың атауы Наименование иммунобиологического препарата	Иммунобиологиялық препараттың сериясы мен шығарылған күні Серия и дата изготовления иммунобиологического препарата	Жарамдылық мерзімі Срок годности	Бақылау күні Дата контроля	Препарат белсенділігінің жұмыс тиімділігі Препарат белсенділігінің жұмыс тиімділігі	Препараттың жарамдылығы туралы қорытынды Препараттың жарамдылығы туралы қорытынды	Бақылау жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы Ф.И.О (при его наличии) , должность, подпись проводившего контроль
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " ____ " _____
№ ____ бұйрығына
214-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
214- қосымша
Приложение 214
к приказу

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

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№ _____ бұйрығымен бекітілген № 214/е нысанды медициналық құжа ттама
Х а л ы қ т ы ң 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)	Объектінің атауы (Наименова ние объекта)	Шайынды алынған орын (Место взятия смыва)	Стафилококкқа тексеру (Исследование на стафилококк)						
				Орталардың атауы (Наименование сред)	Сәйкестендіруге арналған тесттер (Тесты для идентификации)					
					орт ада өс уі (Ро ст на сре де)	ле ци ти на з а	Ми кр оск оп ия	Пл аз ма коа гул аза	Ма нн ит	Ма льт оза
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
ІТТБ-на (ішек таяқшалары тобындағы бактерияларға) зерттеу (Исследование на БГКП (бактерии		Басқа микроорганизмдерге зерттеу (Исследование на другие микроорганизмы)				Зе ртт еу нәт	Зерттеу аяқталған күн,			

группы кишечной палочки))																	иж	зерттеу
Орталардың атауы (Наименование)	Сәйкестендіруге арналған тесттер (Тесты для идентификации)			Орталардың атауы (Наименование сред)	Сәйкестендіруге арналған тесттер (Тесты для идентификации)												эле	жүргізген
	ортада өсуі (Рост на плотных средах)	Тығыз ортада өсуі (Рост на плотных средах)	Микроскопия														рі	адамның қолы, (Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Дата окончания исследования, Ф.И.О.(при его наличии), подпись лица, проводившего исследования)
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	
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере		Медицинская документация Форма № 215/y Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики	

Ауаны зертханашілік бақылауды тіркеу журналы**Журнал регистрации внутрилабораторного контроля воздуха**

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НК) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1. _____

Тіркеу нөмірі (Регистра ционны й 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		Стафилококкка зерттеу: Исследование на стафилококки:				
				Экспози циясы, жылдам дығы Жіберіл ген ауаның көлемі (Экспози ция, скорость Объем пропущ енного воздуха)	Колония лардың жалпы саны (Общее число колоний)	Экспози циясы, жылдам дығы Жіберіл ген ауаның көлемі (Экспози ция, скорость Объем пропущ енного воздуха)	Колония лардың жалпы саны (Общее число колоний)	Лецитин аза	Микрос копия	Плазмак оагуляц ия
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы

(Продолжение таблицы)

Зерттеу мақсаты: (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
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

Адамдардан алынған үлгілердің серологиялық зерттеулерін тіркеу журналы
Журнал регистрации серологических исследований образцов от людей

[illegible]

Тіркеу нөмірі Регистрация номер	жүргізілген күн, ай, жыл Дата проведения исследования	ол болған жағдайда, Ф.И.О. (при его наличии) обследованного	Зерттеу мақсаты Цель исследования	ОЗ иерси ниозға ОЗ иерси ниоз	О9 иерси ниозға О9 иерси ниоз	Жалған туберкулезге Псевдотуберкулез	Кристенсен иерсениозына Иерсениоз Кристенсен	Листериозға Листериоз	Лептоспирозға Лептоспироз	Пастереллезге Пастереллез	Күйдіргіге Сибирскому язву	Туляремияға Туляремия	Бруцеллезге Бруцеллез	Бөртпесүзекке Сыпной тиф	Дербес толтырылады Заполняется самостоятельно
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Бруцеллезге На бруцеллез															
Хеддельсон реакциясы Реакция Хеддельсона									РозБенгал сынаамасы Проба РозБенгал			Р а й т бойынша реакция Реакция по Райта			
17									18			19			
Риккетсиозға КБР РСК на риккетсиоз									Лептоспироз антигенімен жүргізілген РМА РМА с лептоспироз ны м антигеном			Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата окончания исследования			
Бернет	сибирик	Музер	Провачек												
20	21	22	23	24					25		26		27		

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
217-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

_____ (инфекция түріне) адамдардан алынған материал үлгілерінің
микробиологиялық зерттеулерін тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований образцов материала от людей на ____
_____ (вид инфекции)

Аяқталуы (Окончен) " " 20 ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НК):

Используемая нормативная документация (далее - НД):

1. _____
2. _____

	Үлгін і жібе	Күні, айы, ж ылы Дата, месяц, год									Зертт еу жү ргізге н ада мның қолы, тегі, а ты, әк есінің аты (о
--	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

Тіркеу нөмірі	Регистрация номері	Тіркелу нөмірі	Регистрация номері	Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), Ф.И.О. (при его наличии) обследуемого	Жасы	Возраст	Меке-н-жайы	Адрес	Жұмыс орны, лауазымы	Месторботы, должность	Диагнозы, ауыруға күні, айы, жылы	Диагнозы, ауыруға күні, айы, жылы	Зерттеу мақсаты	Зерттелінетін материал	Зерттеу нәтижесі	Нәтиже берілген күн, ай, жыл	Л болған жағдайда) Фамилия
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық	Медицинская документация Форма № 218/у

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

_____зерттеуге арналған үлгілерді тіркеу журналы (инфекция түріне)

Журнал регистрации образцов для исследования на _____ (вид инфекции)

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі (Регистранный номер)	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)	ЖСН ИИН	Жасы (Возраст)	Үлгі жіберген ұйым (Организация, направивший образец)	Диагнозы, негізгі симптомдары (Диагноз, основные симптомы)	Екпелер туралы деректер (Сведения о прививках)
1	2	3	4	5	6	7
Күні, айы, жылы Дата, месяц, год						
Ауырған (Заболевания)	Үлгі алу (Взятия образца)	Ауырған күні (День болезни)	Үлгіні жіберу (Отправки образца)	Үлгіні жеткізу (Доставки образца)		
8	9	10	11	12		
Зерттелетін үлгі (Исслед)	Зерттеу күні (Дата исследования)	Жасушалар сызығы (Линия клеток)	Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)	Жауап берілген күн (Дата выдачи ответа)	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия имя отчество (при его наличии) лица,	

уемый образе ц)					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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 219/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 219/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20 ____ года № _____

Шетелден өсірінділер алуды тіркеу журналы

Журнал регистрации получения культур из-за рубежа

Басталуы (Начат) " " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 ____ ж. (г.)

			Түсетін нөмірі немесе шифры бар штаммның атауы	Түскен штамм салынған	Ілеспе құжаттама	Өсіріндіні алған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)
--	--	--	--	-----------------------	------------------	--

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Түскен күні, айы, жылы (Дата поступления)	Өсірінділерді жіберген ел (Страна, передаваемая культура)	(Наименование штамма с поступающей нумерацией и ли шифром)	ыдыстар саны (Количество емкостей с поступившим штаммом)	(Сопроводительная документация)	ғдайда), лауазымы, қолы (Ф.И.О (при его наличии) , должность, подпись, получившего культуру)	Ескертпе (Примечание)
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№__ бұйрығына
220-қосымша

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

Приложение 220

к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 220/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 220/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20____ года № _____

_____ (инфекция түріне) қарсы иммунитетті анықтауға арналған үлгілерді тіркеу
журналы

Журнал регистрации образцов для определения иммунитета к _____

_____ (вид инфекции)

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тексерілушінің тегі, аты Фамилия и м я отчество, обследуемого	Жасы Возраст	Үлгіні жіберген ұйым Организация направившая образец	Үлгі жеткізілген күн Дата доставки образца	Зерттеу жүргізілген күн Дата проведения исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы Фамилия и м я отчество (при его наличии), должность, подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
221-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
221- қосымша
Приложение 221
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 221/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық	

<p>саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы</p> <p>Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>	<p>Медицинская документация</p> <p>Форма № 221/у</p> <p>Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ года № _____</p>
---	--

Вирустық гепатиттерге серологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации серологических исследований на вирусные гепатиты

Басталуы (Начат) " _____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " 20 ж. (г.)

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
											<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2026 жылғы " " _____ № ____ бұйрығына 222-қосымша</p> <p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 20 тамыздағы № ҚР ДСМ-84 бұйрығына 222- қосымша</p> <p>Приложение 222 к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 августа 2021 года № ҚР ДСМ-84</p> <p>Нысан Форма А4 Форматы Формат А4</p>			
<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>						<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 222/е нысанды медициналық құжаттама</p>								
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>						<p>Медицинская документация Форма № 222/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20____ года № _____</p>								

[illegible]

						Рабочее
Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зерттеу күні, айы, ж ылы Дата исследования	Зертхана лық үлгі Лаборато рн а я модель	Штаммн ың сипат ы Характер истика штамма	Вирус дозасы Доза вируса	Диагност икалық э талондық сарысула р Диагност ические эталонны е сыворотк и	

							разведен ие
1	2	3	4	5	6	7	
Бакылау күндері Дни наблюдения				Типтеу нәтижесі Результат типирова ния	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы Фамилия имя отчество (при его наличии), должность, подпись лица, проводившего исследование		
1	2	3	4		5	6	
8	9	10	11		12	13	14

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

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " " _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 223/е нысанды медициналық құжаттама</p>
		<p>Медицинская документация Форма № 223/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20____ года № _____</p>

_____ вирусологиялық зерттеулерді тіркеу журналы (инфекция түріне)
Журнал регистрации вирусологических исследований на _____
_____ (вид инфекции)

Басталды (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)
 Аяқталды (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Жасушалар сызығы Линия клеток	Алғашқы жұқтыру Первичное заражение			Бірінші пассаж Первый пассаж			Екінші пассаж Второй пассаж	
		Күні, айы , жылы дата, месяц, год	Нәтиже результат	Бақылау Контроль	Күні, айы , жылы дата, месяц, год	Нәтиже результат	Бақылау Контроль	Күні, айы , жылы дата, месяц, год	Нәтиже результат
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Продолжение таблицы

Екінші пассаж Второй пассаж	Бейімделу Адаптация			Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Жауап жіберілген күн, ай, жыл Дата выдачи ответа	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность подпись Проводившего исследование
Бақылау Контроль	Күні, айы, жылы дата, месяц, год	Нәтиже результат	Бақылау Контроль			
11	12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " ____ "
№ ____ бұйрығына
224-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
224- қосымша
Приложение 224
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрілігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " _____
---	---

<p>Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>№ ____ бұйрығымен бекітілген № 224/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>	<p>Медицинская документация Форма № 224/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20 ____ года № _____</p>

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.)

Эта лон дық виру сты	Зерт	Нәт іже лерд	Сарысуды араластыру (кері шамаларда) Разведение сывороток (в обратных величинах)							Бақылау Контроль			Зерт теу жур гізге н ад амн ын т егі, аты, әкес інің аты (ол болғ ан ж ағда йда) , лау азы мы, қол ы Фам или я имя отче ство (при его нали чии) , дол
											Жас ушп алар дың	Вир ус мөл шері Доза виру са	

Тірк еу н өмір і Реги стра цио нны й ном ер	ң си патт амас ы Хар акте рист ика этал онн ого виру са	теу баст алға н, ай , жы л Дата нача ла иссл едов ания	і есе пке алу күні , ай , ж ылы Дата учет а резу льта тов												Кле ток	Зерт теу нәти жесі Резу льта т иссл едов ания	алға н кү нкү н, ай , жы л Дата окон чани я иссл едов ания	жно сть, под пись лица , пров одив шег о иссл едов ание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 225/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ года № _____

Паразиттік аурулар қоздырғыштарына зерттеп-қаралатын адамдарды тіркеу журналы
Журнал регистрации лиц, обследуемых на возбудителей паразитарных заболеваний

Басталуы (Начат) "____" _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "____" _____ 20____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистр ационн ы й номер)	Зертхан аға үлгі нің түс кен күні (Дата поступ ления образца в лаборат орию)	Тексері летін ад амның тегі, ат ы, әкесі нің аты (ол бол ған жағ дайда), ЖСН (Фамил ия, имя отчеств о (при его наличи и), ИИН обсле дую емого)	Туған жылы (Год рожден ия)	Мекен жайы (Адрес прожив ания)	Оқу, жұ мыс ор ны, бал алар ұй ымының атауы (Место работы, учебы, наимен ование детской организа ции)	Алғашқы, қайт а немесе бақыл аулық т ексеру (Первич ное, повтор ное или контро льное обследо вание)	Зерттеу лердің саны (Количе ство исследо ваний)	Нәтиже лер бері лген кү н (Дата выдачи результ ата)	Тексеру нәтиже сі, бөлі нген қоз дырғыш түрі (Результ а т обследо вания, вид выделе нного возбу дителя)	Зерттеу жүргізг ен адам ның қо лы, тегі, аты, әке сінің ат ы (ол б олған жа ғдайда , (Фамил ия, имя отчеств о (при его наличи и), подпис ь лица, провод ившего исследо вание)	Ескерт пе (Примеч ание)
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 министрінің Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " ____ " _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 226/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 226/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20____ года № _____

Инфекциялық аурулар ошақтарындағы дезинфекциялау іс-шараларды есепке алу журналы Журнал учета дезинфекционных мероприятий в очагах инфекционных заболеваний

Тіркеу нөмірі (Регистрацион ный номер)	Күні, айы, жылы (Дата, месяц, Год)	Өтінім түскен ұйымның атау ы (Наименовани е организации ,от которого поступила заявка)	Эпидемиолог иялық нөмірі (Эпидемиолог ический номер)	Науқас адамн ың тегі, аты, ә кесінің аты (о л болған жағд айда) (Фамилия, имя отчество (при его наличии), больного человека)	Жасы (Возраст)	Мекенжайы (Адрес)
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы
(Продолжение таблицы)

Балалар ұйымын ың, мектептің, ж оғарғы оқу орны						Ауруханаға жат қызылған кезден
---	--	--	--	--	--	-----------------------------------

ның, жұмыс орнының атауы мен мекенжайы (Наименование и адрес детской организации, школы, вуза, места работы)	Диагнозы (Диагноз)	Ауруханаға жат қызылған күні (Дата госпитализации)	Дезинфекциялау нарядының нөмірі № (№ наряда на дезинфекцию)	Нарядты алған адамның тегі (Фамилия лица получившего наряд)	бастап дезинфекциялау мерзімдері (Сроки дезинфекции с момента госпитализации)
8	9	10	11	12	13

Кестенің жалғасы

(Продолжение таблицы)

Дезинфекцияның орындалмауы немесе уақытында орындалмау себебі (Причина невыполнения или не своевременного выполнения дезинфекции)	Дезинфекцияланды (дана, м2) (Подвергнуто дезинфекции (штуки, м2))	Заттарды дезинфекциялау (Дезинфекция вещей)		Дератизация, м2
		Камералық әдіспен, кг (Камерным методом)	Ылғалды әдіспен (Влажным методом)	
14	15	16	17	18

Кестенің жалғасы

(Продолжение таблицы)

Дезинсекция, м2 (Дезинсекция, м2)	Адамдарды санитариялық тазарту (Санитарная обработка людей)		Дезинфекция жүргізген адамның тегі, аты (Фамилия, имя проводившего дезинфекцию)	Дезинфекциялау сапасын бақылау (Контроль качества дезинфекции)		
	Тазартуға тиісті (Подлежало)	Тазартылған (Обработано)		Күні (Дата)	Зерттелген сынамалар (Исследовано проб)	Нәтиже (Результат)
19	20	21	22	23	24	25

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
227-қосымша

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

Приложение 227

к приказу

Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма

<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 20____жылығы "____" _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 227/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 227/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ года №____</p>

Жұмсақ мүкәммалды (киімдер мен төсек жабдықтары) камералық өңдеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации камерной обработки мягкого инвентаря (одежды и постельных принадлежностей)

Басталуы (Начат) "____" _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "____" _____ 20____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	Дезинфекция лау (дезинсекция) жүргізілген кү н, ай, жыл Д а т а проведения дезинфекции (дезинсекции)	Науқас адамн ың тегі,аты, ә кесінің аты (о л болған жағд айда), мекенж айы, түбіртек нөмірі (ұйым, корпус) Фамилия, инициалы больного человека, адр ес,номер квитанции (о рганизация, 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	Дезинфекция лау (дезинсекция) тәртібі Режим дезинфекции (дезинсекции)	Толтырылмаған камераны қыздыру уақыты Время прогрева не загруженной камеры		Толтырылған камераны қыздыру уақыты Время прогрева загруженной камеры		Дезинфекция лау (дезинсекция) температурасы Температура дезинфекции (дезинсекции)
		Басталуы сағ., мин. Начало час, мин.	Аяқталуы сағ., мин. Конец час, мин.	Басталуы сағ., мин. Начало час, мин.	Аяқталуы сағ., мин. Конец час, мин.	
6	7	8	9	10	11	12

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

Санитариялық-паразитологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации санитарно-паразитологических исследований

Аяқталуы (Окончен) "___"___20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Күні, айы, жылы Дата, месяц, год		Үлгінің атауы	Саны, көлемі	Үлгі алу орны	Зерттеу мақсаты	Зерттеу нәтижесі	Зерттеудің аяқтауы	Зерттеу жүргізген адамның қолы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы
		Зертханмен							

Регистра ционны й номер	Үлгіні алу Отбора образцо в	қабылда нған Поступл ения в лаборат орию	Наимен ование образца	Количес тво, объем	Место отбора образца	Цель исследо вания	Результ т исследо вания	лған күн і, айы, ж ылы Дата окончан и я исследо вания	Фамили я, имя, отчество (при его наличии) , должн ость, подпись проводи вшего исследо вание	Ескертп е Примеча ние
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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 229/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _____ года № _____

**Үй шаңы кенелерінің болуына үй шаңының, мамықтан және қауырсыннан жасалған
бұйымдардың үлгілерін зерттеуді тіркеу журналы**

Журнал регистрации исследований образцов домашней пыли, пуховых и перьевых изделий на наличие клещей домашней пыли

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгілердің түскен күні (Дата поступления образца)	Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), ЖСН (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), ИИН)	Туған күні (Дата рождения)	Мекенжайы (Домашний адрес)	Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымының атауы (Место работы, учебно-наименование детской организации)	Жәндіктер немесе кенелер шабуыл жасаған аумақ, күн (Территория нападения насекомых или клещей, дата)	Зерттеу күні (Дата исследования)	Тексеру нәтижесі (Результат обследования)	Жәндіктер мен кенелердің түрлері, жынысы (Видовая принадлежность полов насекомых и клещей)	Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность исполнителя)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " ____ " _____
№ ____ бұйрығына
230-қосымша

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

Приложение 230
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " _____
--	---

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№ ____ бұйрығымен бекітілген № 230/е нысанды медициналық құжа ттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 230/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20__ _____ года № _____

Паразиттік ауруларға серологиялық зерттеулерді тіркеу журналы

Журнал регистрации серологических исследований на паразитарные заболевания

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нө мірі (Регистра ционный номер)	Тексеріле тін адамн ың тегі, а ты, әкесі нің аты (ол болған жағдайда , ЖСН (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), ИИН обследуе мого)	Туған жы лы (Год рождения)	Тұрғылы қты меке нжайы (Адрес прожива ния)	Тексеруг е жіберге н мекеме (Учрежде ни е направив шее на обследов ание)	Алғашқы , қайта не месе бақ ылау үші н тексеру (Первичн о е, повторно е или контроль н о е обследов ание)	Үлгіні те ксеруге қ абылдау күні Дата приема образца на исследов ание	Диагнозы , ауырған күні Диагноз, дата заболева ния	Антигенн ін, антид енелердің атауы Наимено вание антигена, антител	Зерттеуді ң әдісі Метод исследов ания
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы

(Продолжение таблицы)

Зерттеу нәтижелері Результат исследования			Зерттеу жүргізг ен адам ның тег і, аты, ә кесінің аты (ол болған жағдай да), қол ы (Фамил	Ескерт пе
Гельминттер (Гельминты)	Қарапайымдылар (Простейшие)			
		Басқала р (көрсеті ңіз)	Нәтиже лер бері лген кү н	

Тиісті антигенге немесе антиденеге анықталған иммуноглобулиндер атауы (Наименованием выявляемых иммуноглобулинов к соответствующему антигену или антителу)				Тиісті антигенге немесе антиденеге анықталған иммуноглобулиндер атауы (Наименованием выявляемых иммуноглобулинов к соответствующему антигену или антителу)				(Прочие) (указать)	(Дата выдачи результатов)	ия, имя, отчество (при его наличии), подпись, проводившего исследование)	(Примечание)
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№__ бұйрығына
231-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
231- қосымша
Приложение 231
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "____" _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 231/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық	

<p>саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы</p> <p>Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>	<p>Медицинская документация</p> <p>Форма № 232/y</p> <p>Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ года № _____</p>
---	--

Адамдардан бруцеллезге (гемоөсірінді) алынған үлгілерді тіркеу және зерттеу нәтижелерін беру журналы

Журнал регистрации и выдачи результатов исследований образцов от людей на бруцеллез (гемокультура)

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

- _____
- _____

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)

	Алғашқы, қайта тексеру	Күні айы, жылы (Дата, месяц, год)		Нәтижелер берілген	Зерттеу	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы және қолы (Ф.И.О. (при его наличии), должности)
		Зерттеудің басталуы (Начала исследования)	Зерттеудің аяқталуы (Окончания исследования)			

Диагнозы (Диагноз)	(Первичное, повторное обследования)			(Выдачи результатов)	нәтижесі (Результат исследования)	подпись лица, проводившего исследование)
9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
233-қосымша

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

Приложение 233
к приказу

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 233/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 233/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ года № _____</p>

Қызылпаға/қызамыққа серологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации серологических исследований на корь/краснуху

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Үлгіні жіберген мекеніме	Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты		Жасы	Мекенжайы	Бөртпе пайда болған күн, ай, жыл	Дене қызуы пайда болған күн, ай, жыл	Қызамыққа қарсы соңғы егу күні, айы, жылы	Қызамыққа қарсы дозалар саны
Регистрационный номер	Учреждение направившее образец	Фамилия, имя, отчество, обследуемого		Возраст	Адрес проживания	Дата, месяц, год появления сыпи	Дата, месяц, год появления температуры	Дата, месяц, год последней вакцинации кори	Количество доз против кори
1	2	4		5	6	7	8	9	10
Қызылшаға қарсы соңғы егу күні, айы, жылы	Қызылшаға қарсы дозалар саны	Үлгінің алынған күні, айы, жылы	Зертханаға жіберілген күні, айы, жылы	Зертханаға түскен күні, айы, жылы	Зертханаға түскен үлгінің жағдайы	Диагносты	Реакция қойылған күн, ай, жыл	Зерттеу нәтижесі	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), луазымы қолы
Дата последней вакцинации	Количество доз против краснухи	Дата отбора образца	Дата отправления в лабораторию	Дата поступления в лабораторию	Состояние образца при поступлении в лабораторию	Дата, месяц, год постановки реакции	Результат исследования	Дата, месяц, год выдачи результата	Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность и подпись лица, проводившего исследование

										овани е
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

A4 Форматы

Формат А4

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 234/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 234/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20____ года № _____</p>

_____ люминисценттік зерттеулерді тіркеу журналы (инфекцияның түріне)
Журнал регистрации люминисцентных исследований на _____ (вид инфекции)

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " " 20 ж.(Г.)

[illegible]

Тіркеу нөмірі Регист рацион ный номер	Зертте у жүргі зілген күн, ай , жыл Дата, месяц, год провед ения исслед ования	А тұмау ы Грипп А (H3N2)	А тұмау ы Грипп А (H1N1)	В тұмау ы Грипп В	Паратұ мау ПГ 1 Пара грипп ПГ 1	Паратұ мау ПГ 2 Парагр ипп ПГ 2	Паратұ мау ПГ 3 Парагр ипп ПГ 3	Адено вирус	Респир аторлы сенсир иалды жасуш алар (PC) Респир аторные сенсир иальны клетки (PC)	Зертте у нәти жесі Резуль тат исслед ования	Зертте у нәти жесі бе рілген күн, ай , жыл Дата, месяц, год вы дачи резуль тата исслед ования	аты (ол болған жағдай да), ла уазым ы және қолы Фамил ия, имя , отчест во (при его наличии), должн ость и подпис ь специа листа, провод ившего исслед ование
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
--	--

<p>Х а л ы қ т ы ң</p> <p>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</p> <p>Форма № 235/у</p> <p>Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ года № _____</p>
--	--

Санитариялық вирусологияға зерттеуге алынған үлгілерді тіркеу журналы
Журнал регистрации образцов для исследования на санитарную вирусологию

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Үлгінің атауы Наименование образца	Үлгіні жіберген мекеме Учреждение направившее образец	Үлгінің зертханаға келіп түскен күні, айы, жылы Дата, месяц, год поступления Образца в лабораторию	Зерттеу жүргізілген күн, ай, жыл Дата, месяц, год проведения исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу жүргізген маманның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы қолы Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность, подпись лица проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ___ бұйрығына
236-қосымша

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

Приложение 236
к приказу

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

--	--	--

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " ____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 236/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 236/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " ____ 20 ____ года № ____

Бруцеллез қоздырғышының бөлінуін және бөлінген өсірінділерін сәйкестендіруді тіркейтін жұмыс журналы

Рабочий журнал регистрации выделения и идентификации выделенных культур возбудителя бруцеллеза

Басталуы (Начат) " ____ " ____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " ____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____
2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зертханаға келіп түскен күні, айы, жылы, қайдан әкелінді Дата, месяц, год поступления в лабораторию, откуда доставлен	Бөлінген қоздырғыштың түрі, тіркеу нөмірі, бөліну күні, айы, жылы Вид выделенного возбудителя, регистрационный номер, дата выделения	Зерттеу басталған күн, ай, жылы Дата, месяц, год начала исследования	Колониялардың морфологиясы Морфология колонии		Грамм бойынша жауаша морфологиясы Морфология клетки по Граму	Термоагглютинация реакциясы Реакция термоагглютинации	Күкіртсутегі түзілуіне қатысты дифференциация Дифференциация по образованию сероводорода	CO2 қажеттілігі потребность в CO2
				Сұйық коректік ортадағы Жидкой питательной среде (ЖПС)	Тығыз коректік ортадағы Плотной питательной среде (ППС)				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы/продолжение таблицы

				Бояуларға қатысты саралау					
--	--	--	--	---------------------------	--	--	--	--	--

Грамм бойынша жауап морфологиясы Морфология клеткалары по Граму	Термоагглютинация реакциясы Реакция термоагглютинации	Күкірт сутегі түзілуіне қатысты дифференциация Дифференциация по образованию сероводорода	CO2 қажеттілігі потребность в CO2	Дифференциация по Отношению к краскам								
				Фуксин			Тионин					
				1:50000	1:100000	1:25000	1:50000	1 : 100000				
7	8	9	10	11	12	13	14	15				
Агглютинация реакциясы Реакция агглютинации			Уайт-Вильсон бойынша түсі Окраска по Уайт-Вильсону	Трипофлавином	Фагқа сезімталдық Чувствительность к фагу		МФА АФӨ	Қоздырғыш түрі Вид возбудителя	Биотипі Отнесен к биотипу	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) және қолы Ф.И.О. (при его наличии), и подпись специалиста, проводившего исследование	
Поливалентті сарысумен С поливалентной сывороткой	Антимелинзис с сывороткой антимелинзис	Антиаборту с сарысумен С сывороткой антиаборту с			Тұтас Цельному	Аралас Разведенному						
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына

237-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

237- қосымша

Приложение 237

к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 237/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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 (Регистрацион ный номер)	Зерттеу басталған күн, ай, жыл (Дата, месяц, год начала исследования)		Үлгіні жіберген мекеме (Учреждение направившее образец)	Үлгі алынған орын (Место отбора образца)	Үлгінің атауы (Наименовани е образца)	Зерттеу максаты (Цель исследования)
1	2		3	4	5	6
Нәтиже (Результат)			Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл (Дата, месяц, год окончания исследования)	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись специалиста, проводившего исследование)	
Антигенге (На антиген)	Антиденелерге (На антитела)					
	IgM	IgG				
7	8	9	10	11	12	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
238-қосымша

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

Приложение 238
к приказу

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

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрілігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 238/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 238/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20 ____ года № _____</p>

Адамдардан алынған материал үлгілерін иммундық-ферментті талдау (ИФТ) әдісімен зерттеуді тіркейтін жұмыс журналы
Рабочий журнал регистрации исследования образцов материала от людей методом иммуноферментного анализа (ИФА)

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Зерттеу басталған күн, ай, жыл (Дата, месяц, год начала исследования)	Тексерілетін адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) обследуемого)	Жасы (Возраст)	Тұрғылықты мекен жайы (Адрес проживания)	Үлгіні жіберген мекеме (Учреждение направившее образец)	Диагнозы (Диагноз)	Зерттеу мақсаты (Цель исследования)
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Нәтижесі (Результат)		Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл (Дата, месяц, год окончания исследования)	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись специалиста, проводившего исследование)
Антигенге (Антиген)	Антиденеге (На антитело)			
9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ __ бұйрығына
239-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
239- қосымша
Приложение 239
к приказу

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "____" _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 239/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 239/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ года №____</p>

Сібір жарасына микробиологиялық зерттеуді тіркейтін жұмыс журналы

Рабочий журнал регистрации микробиологических исследований на сибирскую язву

Басталуы (Начат) "____" _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "____" _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ,):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____
2. _____

реттік нөмірі порядковый номер	тіркеу нөмірі регистрационный номер	зерттеу басталған күн, ай, жыл дата начала исследования	өсу сипаты характер роста		жасушалар морфологиясы морфология клеток (микроскопия)				антиденелер әдісі АФЭ Метод флуоресцирующих Антител МФА
			Сұйық коректік ортада (СҚО-да) Жидкой питательной среде (ЖПС)	Тығыз коректік ортада (ТҚО-да) Плотной питательной среде (ППС)	Грамм бойынша по Граму	Рибигер бойынша по Рибигеру	Романовский-Гимза бойынша по Романовскому-Гимза	Гинс-Бурри	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы/ Продолжение таблицы

Пассивті агрегация			фосфатазды	"маржан алқа" тесті	пенициллин-аза	гемолиз
-----------------------	--	--	------------	---------------------	----------------	---------

Реакциясы (ПГР) Реакция пассивной гематглютинации (РПГА) на:	капсуланың пайда болуы капсулообразование (Михину)	Фаг сезгіштігі чувствительность к фагу	белсенділігі фосфатазная активность	т е с т жемчужное ожерелье"	" ы белсенділігі пенициллиназ наяктивность	белсенділігі гемолитическая активность
11	12	13	14	15	16	17
т.б. әдістер другие методы	Зертхана жануарларына арналған патогендік Патогенность для лабораторных животных	Антибиотиктер ді сезгіштігі чувствительность к антибиотикам	Зерттеу нәтижесі результат исследования	Зерттеу аяқталған күн, ай , жыл Дата окончания исследования	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) және қолы Ф.И.О. (при его наличии) и подпись проводившего исследование	
18	19	20	21	22	23	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
240-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
240- қосымша
Приложение 240
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 240/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере		Медицинская документация Форма № 240/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

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 нөмір i порядковый номер	тіркеу нөмір i регистрацио нный номер	зерттеу баст алған күн, ай, жыл дата начала исследован ия	өсу сипаты характер роста		жасушалар морфологияс ы морфология клеток (микроскопия)		Пассивті ге маглютинац ия Реакцияс ы (ПГР) Реакция пассивной гематглюти нации (Р ПГА) на:
			Сұйық қоректік ортада (СҚО-да) Жидкой питательной среде (ЖПС)	Тығыз қоректік ортада (ТҚО-да) Плотной питательной среде (ППС)	Г р а м бойынша по Граму	Романовски й-Гимза бойынша п о Романовско му-Гимза	
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы/ Продолжение таблицы

гемо лити калы белс енділ ігі гемо лити ческ ая ак тивн ость	индо лдың пайд а бол уы обра зова ние и ндо л а	уреазная активность Уреазады бе лсенділігі	орни тин	лизин	арабиноза	глюкоза	эскулин	рамноза	Қозғ алғы штығ ы Подв ижно сть	фени лала нин
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
лакт оза	саха роза	Маль тоза	иноз ит	сали цин	триг алоza	Зертхана жануарлар ы н а арналған патогендік Патогеннос ть для лабораторн ы х животных	Антибиоти ктерді сезгіштігі чувствител ьность к антибиотик ам	Зерттеу нәтижесі результат исследован ия	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата окончания исследован ия	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) және колы Ф.И.О. (при его наличии) и подпись проводившего исследование

20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
241-қосымша

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

Приложение 241
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 241/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 241/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20____ года № _____</p>

Молекулалық-генетикалық зерттеулерді тіркеу журналы

Журнал регистрации молекулярно-генетических исследований

Басталуы (Начат) " " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20__ ж. (г.)

	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің						Үлгіні жолдағ				Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған
--	--	--	--	--	--	--	---------------	--	--	--	--

Тіркеу нөмірі (Регистр ационн ы й номер)	аты (ол болған жағдай да) (Фамил ия, имя, отчеств о (при его наличи и) обследу емого)	ЖСН (ИИН)/ Жасы (Возраст)	Үйінің мекенж айы (Домаш ний адрес)	Диагно зы (Диагно з)	Зерттел етін үлгі (Исслед уемый образец)	Үлгінің түскен күні, айы, жылы (Дата, месяц, год поступ ления образца)	а н мекеме нің атауы Наимен ование организ ации направ ившего образец	Зерттеу жүргізі лген күн, ай, жыл (Дата, месяц, год прове дения исслеов ания)	Зерттеу нәтиже сі (Результ а т исследо вания)	Нәтиже берілге н күн, ай, жыл (Дата, месяц, год выдачи результ ата)	жағдай да), лауазы мы (Фамил ия, имя, отчеств о (при его наличи и) , должно сть лица, провод ившего 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

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 242/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы</p>		<p>Медицинская документация Форма № 242/y Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики</p>

Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Казахстан от " ____ " _____ 20__ _____ года № _____
---	--

Сыртқы орта объектілерінен алынған үлгілерді молекулалық-генетикалық зерттеуді тіркеу және нәтижелерін беру журналы

Журнал регистрации и выдачи результатов молекулярно-генетического исследования образцов от объектов внешней среды

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні, уақыты (Дата, время)		Үлгіні жіберген мекеме (Учреждение направившее образец)	Үлгі алу орны (Место отбора образца)	Зерттеу мақсаты (Цель исследования)	Зерттелетін үлгі (Исследуемый образец)
	Үлгі алынған (Отбора образца)	Үлгінің зертханаға түскен (Поступления образца в лабораторию)				
1	2	3	4	5	6	7
Зерттеу басталған күн, ай, жыл (Дата, месяц, год начала исследования)		Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл (Дата, месяц, год окончания исследования)		Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О (при его наличии), подпись специалиста, проводившего исследование)	
8	9	10	11			

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
243-қосымша

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

Приложение 243
к приказу

Министра здравоохранения
Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " ____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 243/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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 Регистр ационн ы й номер	Күні, уақыты Дата, время		Тексерілушінің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии) обследуемого	Жасы Возраст	Мекен жайы Адрес прожив ания	Үлгіні жолдаған ұйым Организация, направившая образец	Диагно зы Диагно з
	Үлгі алу Отбора образца	Үлгіні қабылдау Поступления образца					
1	2	3	4	5	6	7	8
Зерттеу мақсаты	Зерттелінетін үлгі	Зерттеу басталған күн, ай, жыл	Зерттеу нәтижесі	Зерттеу аяқталған күн ай, жыл	Зерттеу жүргізген Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы қолы	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы қолы	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы қолы
Цель исследования	Исследуемый образец	Дата, месяц, год начала исследования	Результат исследования	Дата, месяц, год окончания исследования	Ф.И.О (при его наличии), должность подпись специалиста, проводившего исследование	Ф.И.О (при его наличии), должность подпись специалиста, проводившего исследование	Ф.И.О (при его наличии), должность подпись специалиста, проводившего исследование

9	10	11	12	13	14
<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2026 жылғы " " _____ № ____ бұйрығына 244-қосымша</p> <p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 20 тамыздағы № ҚР ДСМ-84 бұйрығына 244- қосымша</p> <p>Приложение 244 к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 августа 2021 года № ҚР ДСМ-84</p> <p>Нысан Форма А4 Форматы Формат А4</p>					
<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>			<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 244/е нысанды медициналық құжаттама</p>		
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>			<p>Медицинская документация Форма № 244/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20 ____ года № _____</p>		

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. _____

			Жасуша морфологиясы				
		Өсу сипаты			Пассивті геамаглютинация реакциясы:		

Сахароза	Мальтоза	Лактоза	Инозит	Салицин	Тригалоza	Эскулин	Рамноза	Маннит	Қозғалғыштығы	Подвижность	Фенилаланин	Нитраттардың калпына келуі	Фогес-Проска уэр реакциясы
28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	40
Диагностикалық сарысулармен агглютинация реакциясы		Зертхана жануарларына арналған патогендік			Антибиотиктерге сезімталдық		Зерттеу нәтижесі		Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл			Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә.	
Реакция агглютинации с диагностическими сыворотками		Патогенность для лабораторных животных			Чувствительность к антибиотикам		Результат исследования		Дата, месяц, год окончания исследования			(ол болған жағдайда), лауазымы қолы Ф.И.О (при его наличии), должность подпись специалиста, проводившего исследование	
41		42			43		44		45			46	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
245-қосымша

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

Приложение 245
к приказу

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

--	--	--

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 245/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>	<p>Медицинская документация Форма № 245/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20____ года № _____</p>

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)):

Тіркеу нөмірі (Регист рацион ный номер)	Зерттеу басталған күн (Дата начала исследования)	Өсу сипаты Характер роста					Грамм бойынша жасуша морфологиясы (Морфология клеток по Граму (микроскопия))	АФӨ - антиденелердің флуоресценция әдісі Метод флуоресцирующ. антител (МФА)	Биосынам алынған жануарлардың жұғынды-таңбалары (Мазки-отпечатки от биопробных животных)	Капсуланың пайдалуы (Капсулообразование)	Спораның түзілуі (Спорообразование)	Фагқа сезімталдық (Чувствительность к фагу)
		Сұйық қоректік ортада (СҚО-да) (На жидкой питательной среде (ЖПС))	ТҚО-да на ППС									
			Ет-пептонды агарда ЕПА (Мясо-пептонном агаре МПА)	Қанды агарда (Кровяном агаре)	Шокол адты агарда (Шокол адном агаре)	Цистейнмен байылған (Обогащенном цистеином)						
1	2	3	4	5	6	7	8	10	11	12	13	14

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Биохимиялық қасиеттері						
------------------------	--	--	--	--	--	--

Биохимические свойства						Туляремия сарысуы бар агглютинация реакциясы (Реакция агглютинации с туляреминой сывороткой)	Зертханажануарлары үшін патогенділік (Патогенность для лабораторных животных)	Антибиотиктерге сезімталдығы (Чувствительность к антибиотикам)	Зерттеу нәтижесі (Результаты)	Зерттеу аяқталған күні (Дата окончания исследования)	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы (Ф.И.О (при его наличии)), должно быть специалиста, проводившего исследование)
Глицериннің ферменттелуі (Ферментация глицерина)	Оксиданды белсенділік (Оксиданная активность)	Каталаздық белсенділік (Каталазная активность)	Бета-лактамазды тест (Бета-лактамазный тест)	Қозғалғыштығы (Подвижность)	Уреазады 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	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы " " _____
--	--

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№ ____ бұйрығымен бекітілген № 246/е нысанды медициналық құжа ттама
Х а л ы қ т ы ң 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 – НК):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____
2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Үлгіні жолдаған ұйым Организация, направившая образец	Зерттелінетін үлгі Исследуемый образец		Объектінің мекенжайы Адрес объекта	Күн, айы, жылы және уақыты Дата, месяц, год и время	
					Үлгі алу Взятия образца	Зертханаға келіп түсуі Поступления в лабораторию
1	2	3		4	5	6
		Уақыты (сағаты) Время (часы)				
		1 - ш і пептондық суға себу Посева на 1-ю пептонную воду	2 - ш і пептондық суға қайта себу Пересева на 2 - ю пептонную воду	2 - ш і пептондық судан қайта себу Высев со 2-о й	Зерттеудің нәтижесі	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы қолы Ф.И.О (при его наличии)) , должность подпись специалиста , проводивше

Судың toC toC воды	Судың рН рН воды			пептонной воды	Результат исследован ия	окончания исследован ия	г о исследован ие
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

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 247/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 247/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20____ года № _____</p>

Сынамаларды қабылдау және үлгілерді тіркеу журналы
Журнал регистрации образцов и приема проб

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Реттік нөмірі (Порядковый номер)	Өтініштің қаралған күні (Дата поступления обращения)	Мекеменің атауы, мекеменің жайы (Наименование предприятия, адрес)	Сынаманың атауы (Наименование проб)	Сынама көлемі (Количество проб)	Сынама алған зертхана (Лаборатория и получившие пробы)	Зерттеу нәтижесін алу күні, хаттама нөмірі (Дата получения результатов исследования, номер протокола)	Хаттаманы алу күні және алушының қолы (Дата и подпись получившего протокола)
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " ____ " _____

№ ____ бұйрығына
248-қосымша

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

Приложение 248
к приказу

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 248/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 248/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20 ____ года № ____

Тырысқақтың бөлінген өсірінділерінің сипаттамасын есепке алуды тіркеу журналы
Журнал регистрации учета характеристики выделенных культур холеры

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Штамм № (№ штамма)	Микробтың түрі (Вид микроба)	Зерттеу объектісі (Объект исследования)	Күні, айы, жылы (Дата, месяц, год)	Алғашқы себу (Первичный посев)	Морфологиясы (Морфология)	Оксидаза (Оксидаза)	Бар болуы (Наличие)	Хью-Лейфсон ортасында глюкозаның ыдырауы типі (Тип расщепления глюкозы в среде Хью-Лейфсона)		
				Материалды алу (Взятия материала)	Өсіріндіні бөліп алу (Выделения культуры)		Жасушалар (Клетки)	Колониялар Колоний			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Лизиннің декарбоксилазалары (Декарбоксилазы лизина)		Аргининнің дегидролазасы (Дегидролазы аргинина)			Аэробты (Аэробный)		Анаэробты (Анаэробный)				
		Орнитиннің (Орнитина)									
11		12			13		14				
Биохимиялық белсенділігі (Биохимическая активность)						Тырысқақ сарысуларымен агглютинабельділігі (Агглютинабельность сыворотками)					
Сахароза	Манноза	Арабиноза	Лактоза	Маннит	Инозит	Желатина					
							"О"	Огава	Инаба	O 139	RO
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

ПГАР (РНГА)		ФАӨ МФА		Тырысқақ фагтарына сезімталдық Чувствительность к холерным фагам							
				"С"		Эльтор		ДДФ		ХДФ-3,4,5	
27		28		29		30		31		32	
Фагот ип	Фогес - Проск ауэр реакц иясы	Гемаг глюти нация	Гемол из	Жас көжек терде сынал ған вирул енттіл ік	Антибиотиктерге сезімталдық (Чувствительность к антибиотикам)						ПТР нәтиж елері

(Фаготип)	(Реакция Фогес-Проскура)	(Гемагглютинация)	(Гемолиз)	(Вирулентность на кроликах сосунках)	Тетрациклин	Левомецетин	Ципрофлоксацин	Гентамицин	Басқалар (Другие)	Полимиксин 50 ед./мл	(Результаты ПЦР)
33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
249-қосымша

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

Приложение 249
к приказу

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 249/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 249/y 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 регистрационн ый номер	Зерттелушінің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии) обследуемого	Жасы Возраст	Жұмыс орны, қызметі Место работы, должность	Мекен-жайы Место жительства	Үлгіні жолдағ а н ұйым Орган изация , направ ившая образе ц	Контингент немесе диагно з Контингент или диагно з
1	2	3	4	5	6	7
Алғаш қы немесе қайта зертте у Исслед ование первич ное или повтор ное	Күні, айы, жылы және уақыты Дата, месяц, год и время		Зертте у нәтиже сі Резуль тат исслед ования	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы қолы Ф.И.О (при его наличии), должность подпись специалиста, проводившего исследование	
	Үлгі алу Взятия образца	Зертхананың қабылдаған Поступления в лабораторию				
8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " ____ "

№ ____ бұйрығына

250-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

250- қосымша

Приложение 250

к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " ____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 250/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 250/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " ____ 20 ____ года № ____</p>

Аэроиондар шоғырлануын өлшеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации измерений концентрации аэроионов

Басталуы (Начат) " ____ " ____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " ____ 20__ ж.(г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні, айы, жылы (Дата, месяц, год)	Объектінің атауы (Наименование объекта)	Цех, бөлім (Цех, отдел)	Жұмыс орындарының саны (Количество рабочих мест)	Аэроиондардың концентрациясы Концентрации аэроионов				Униполярлы коэффициенті, (Коэффициент униполярности)		Аэроиондардың полярлығы (Полярность аэроионов) р+ р-
					Оң иондар саны (Число положительных ионов, в 1 см3)		Теріс иондар саны (Число отрицательных ионов, в 1 см3)				
					Өлшенген Измеренное	Шекті рұқсат етілген Предел ьно допустимое	Өлшенген Измеренное	Шекті рұқсат етілген Предел ьно-допустимое	Өлшенген Измеренное	Шекті рұқсат етілген Предел ьно-допустимое	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы/Продолжение таблицы

Аэроиондардың шоғырлануы, р, (ион/см3) Концентрации аэроионов, р, (ион/см3)										Зерттеу жүргізген мамандардың тегі, аты, әкесінің аты (ол
Өлшем бірлігінің мәні, рі, (Значения единичного измерения, рі)							Орташа мәндер (Средние значения)			
										Қолданылған құра
										Униполярлы

1	2	3	4	5	6	7	8	Рорта ш а Рсред	Pmin	Pmax	лық к оэффи циенті , У (Коэф фицие нт уни поляр ности, У)	лдард ың ата уы (Наиме нован и е испол ьзован ных прибо ров)	болға н жағд айда) (Фами лия, отчест во (при его налич ии) специ алисто в , прово дивши х измер ение)
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
251-қосымша

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

Приложение 251
к приказу

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 251/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық	Медицинская документация Форма № 251/y

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

Тамақтан улануларды микробиологиялық зерттеулерді тіркейтін жұмыс журналы
Рабочий журнал регистрации микробиологических исследований пищевых отравлений

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регист рацио нный номер	Өнім ің, сы наман ың ата уы Наиме нован и е проду кта, пробы	МАФ АМ	Титр E.coli	Проте й титр і Титр протей	Сальм онелл аға, ш игелла ға зерт теу Иссле дован ие на сальм онелл ы , пигел лы	Стафи лакок кқа зе рттеу Иссле дован ие на стафи локок к	Энтер ококк қа зер ттеу Иссле дован ие на энтеро кокк	Сегеус -ке зер ттеу Иссле джова ние на V.sege us	Анаэр обтар Анаэр обы	Биосы нама Биопр оба	Нәтиж е Резуль тат	Күні, қолы Дата, подпи сь
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2026 жылғы " " _____
 № ____ бұйрығына
 252-қосымша

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 252- қосымша
 Приложение 252
 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 20 августа 2021 года
 № ҚР ДСМ-84
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____
--	---

1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	Результат	Дата, подпись
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
253-қосымша

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

Приложение 253
к приказу

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

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 253/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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	Тіркеу нөмірі	Өнімнің, сынама-ның атауы			Протей титрі	Сальмонеллаға, шигеллаға зерттеу	Стафилакоккқа зерттеу	Энтероккоккқа зерттеу	B.cereus -ке зерттеу	
------	---------------	---------------------------	--	--	--------------	----------------------------------	-----------------------	-----------------------	----------------------	--

Дата	Регистра ционны й номер	Наименование продукта, пробы	МАФА М	Титтр Е. coli	Титр протей	Исследо вание на сальмон еллы, шигелл ы	Исследо вание на стафило кокк	Исследо вание на энтерок окк	Исследж ование на B.cer eus	Р Н среды
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы/ Продолжение таблицы

Анаэробтар Анаэробы								Нәтиже/ Результат Күні, қолы / Дата, подпись
Китт-Тароцци коректік ортасы / Ср.Китт-Тароцци Қыздырылған егінді 80 to- 37o/ гретая при 80o на to 37o				Китт-Тароцци коректік ортасы / Ср.Китт-Тароцци Қыздырылған егінді 60 to- 30o/ гретая при 60o на to 30o				
2 күн	4 күн	6 күн	10 күн	2 күн	4 күн	6 күн	10 күн	
12	13	14	15	16	17	18	19	20

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " ____ " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 254/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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 № _____

Медицинская документация
Форма № 254/у
Утверждена приказом Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от " ____ " _____ 20__
года № _____

Иерсиниозға микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований на иерсиниоз

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Күні (Дата)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Өнімнің атауы (Наименование продукта)	Объект	Себу күні (Дата посева)	10 күннен кейін 1 рет қайта себу күні (Дата 1 пересева ч/з 10 дней)	5 күннен кейін 2 рет қайта себу күні (Дата 2 пересева ч/з 5 дней)	5 күннен кейін 3 рет қайта себу күні (Дата 3 пересева ч/з 5 дней)	Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)	Күні қолы (Дата, подпись)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " ____ " _____
№ ____ бұйрығына
255-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
255- қосымша
Приложение 255
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 255/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 255/y 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.)

Өкеліну күні Дата доставки	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Өкеліну уақыты Время доставки	Зерттеу басталған уақыт Время начала исследования	Өнімнің атауы, алынған орыны, материалды алды кім алды Наименование продукта, место забора, кем сделан забор материала	А/б сериясы, жұмыстық концентрациясы А/б, серия, рабочая концентрация	Тест-микроб	М/орг-ның шамаланған себу дозасы Орентиров-я посевн. доза м/орг-ма
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы/ Продолжение таблицы

Қоректік орта мен буфер Питательная среда и буфер	1 табақшадағы ортаның мөлшері Количество среды на 1 чашку	Өсіріндінің өсуі тежелуінің диаметрі Диаметр задержки роста культур	Орта бірлігі ерге уақыттық түзету Временная поправка в средние величины	2 қатар табақшалардың орта арифметикалық саны Средн. арифметическое 2-х параллельных чашек	Өсу тежелуі аймағының диаметрлер айырмасы Разность диаметров зон задержки роста	Өнімдердегі анықталған а/б қанықтығы Опред. концентрация а/б в продуктах	Нәтижесі, күні, қолы Результат, дата, подпись
9	10	11	12	13	14	15	16

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " ____ "

№ ____ бұйрығына

256-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

256- қосымша

Приложение 256

к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " ____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 256/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 256/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " ____ 20 ____ года № ____

Тамақ және мал шаруашылығы өнімдеріндегі бактерияға қарсы препараттардың қалдық мөлшерін анықтау бойынша зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации исследований по определению остаточных количеств антибактериальных препаратов в продуктах питания и животноводства

Басталуы (Начат) " ____ " ____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " ____ 20 ____ ж. (г.)

Жеткізу күні Дата доставки	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Жеткізу уақыты Время доставки	Зерттеу бағалған уақыт Время начала исследования	Зерттеу түрі (әдісі) Вид метод)	Өнімнің атауы, алынған орны, материалды кім алды Наименование продукта, место забора, кем сделан забор материала	Бактерияға қарсы препараттың атауы Наименование антибактериального препарата	Бактерияға қарсы препараттардың қалдық мөлшерінің зерттеу нәтижесі Результат исследования и остаточного количества антибактериальных препаратов	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии) проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " ____ " ____
№ ____ бұйрығына
257-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 257- қосымша
 Приложение 257
 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 20 августа 2021 года
 № ҚР ДСМ-84

Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы "____" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 257/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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.)

Тіркеу нөмірі	Т.А. Ә.(ол болған жағдайда), мекенжайы,	Қанды ақпеген адамның тегі, аты, әкесінің аты, л уазымы қолы	Зерттеу м	Температуралық тәртібі	Себулер Высевы					Сәйкестендіру тесттері	Талдау аяқталған күні	Нәтиже берілген	Зерттеу жүргізген адамның қолы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)

Күні Дата	Реги стра цион ный номе р	жұм ыс о рны ФИО (при его нали чий), адрес, мест о рабо ты	Фам илия, отче ство, долж ност ь и подп ись лица дост авив щего кров ь	ақсат ы Цель иссл едов ания	Темп ерат урны й режи м	I	II	III	IV	V	Мик роск опия	Тест ы иден тифи кации	Нәти же Резу льтат	Дата окон чани я анал иза	ен кү н, ай, жыл Дата выда чи резу льтат а	. Фам илия имя отче ство (при его нали чий), подп ись лица пров одив шего иссл едов ание
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 құ жаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы	Медицинская документация Форма № 258/y Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Казахстан от " ____ " _____ 20__ _____ года № _____
---	--

Адамдардан алынған клиникалық материалды (антибиотикке сезімталдыққа) зерттеу сынамаларын есепке алу және тіркеу журналы

Журнал регистрации и учета проб исследования клинического материала от людей (антибиотикочувствительность)

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

1. _____

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Зертханаға түскен күні (Дата поступления в лабораторию)	Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (ол болған жағдайда))	Жасы (Возраст)	Орталардың атауы (Наименование сред)				КТБ (сұйылтқанда) (в разведение КОЕ)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Антибиотиктер* / өсуді тежеу аймағының диаметрі (мм) (Антибиотики*/диаметр зоны задержки роста (мм))													
Пенициллин	Ампицилин	Эритромицин	Ампициллин	Оксациллин	Ванкомицин	Доксициллин	Амоксицилин	Тетрациклин	Гентамицин	Канамидин	Неомицин	Азитромицин	Меропенем
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Антибиотиктер/ өсуді тежеу аймағының диаметрі (мм) (Антибиотики/диаметр зоны задержки роста (мм))												
Имепенем	Тобрамицин	Канамидин	Цефазолин	Цефепим	Цефтазидим	Норфлоксацин	Левомецетин	Пефлоксацин	Цефалексим	Цефотаксим	(антибиотик атауы)	(антибиотик атауы)
24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Саңырауқұлаққа қарсы препараттар (Противогрибковые препараты)							

Амфотерицин	Клотримазол	Нистатин	Кетоконазол	Интраконазол	Флуконазол	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы және қолы (Ф.И.О. (при его наличии), должность и подпись лица, проводившего исследование)
37	38	39	40	41	42	43	44

*антибиотик атауы зерттеулерге сәйкес ауыстырылуы мүмкін/возможна замена наименования антибиотика в соответствии с исследованиями

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
259-қосымша

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

Приложение 259
к приказу

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 259/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы	Медицинская документация Форма № 259/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Казахстан от " ____ " _____ 20__ _____ года № _____
---	--

Адамдардан алынған клиникалық материалды (дисбактериозға) зерттеу сынамаларын тіркеу журналы

Журнал регистрации проб исследования клинического материала от людей (дисбактериоз)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НК) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1. _____

2. _____

Күні Дата		Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)	Жасы Возраст	Қоректендіру орталарында өсу (өсіру) Рост на питательных средах (в разведение)									
Тіркеу нөмірі	Зертханаға келіп түскен			Среда	Глюкоза	Лактоза	Индол	Сероводород	Симмонс	Пошукевичуа	Глицерин	Лизин	Маннит
Регистрационный номер	Поступления в лабораторию			Эндо Эндо ортасы									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Кестенің жалғасы/Продолжение таблицы

Қоректендіру орталарында өсу (өсіру) Рост на питательных средах (в разведение)									
Кларка	Сорбит	Адонит	Инозит	Ацетат Na	Малонат Na	Ксилоза	Рамноза	Аробиноза	Фенилаланин
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Кестенің жалғасы/Продолжение таблицы

Сезімталдық Чувствительность	ЖСА	Сабуро	Қанды агар Кровяной агар	Микроскопия	Вильсен-Блер	Блоурок	Лактобактерии	Өсіп шыққан микробтардың саны (1гр фекалияда) Количество выросших	Нәтиже берілген күн Дата выдачи	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), Ф.И.О. (при его наличии)
---------------------------------	-----	--------	-----------------------------	-------------	--------------	---------	---------------	--	------------------------------------	---

								микроор ганизмо в (в 1гр фекалий)	результата	) лица проводя щего исследо вание
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы " __ " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 260/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 260/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20____ года № _____</p>

[illegible]

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зертхана лық нөмірі Лабораторный номер	Үлгілер алынған күн Дата отбора образцов	Сынама ның (үлгінің) атауы Наименование пробы (образца)	Саны Количество	Алынған ауданы, орны Районы Место отбора	Анықталған нитраттар (мг/кг) Обнаруженное содержание нитратов (мг/кг)	Рұқсат етілген нитраттың мөлшері (мг/кг) Допустимое содержание нитратов (мг/кг)	Нәтиже берілген күн Дата выдачи результата	Зерттеу жүргізген адамның қолы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына

261-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

261- қосымша

Приложение 261

к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 261/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы	Медицинская документация Форма № 261/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Казахстан от " ____ " _____ 20__ _____ года № _____
---	--

Безгекке зерттеп-қаралатын адардарды тіркеу журналы

Журнал регистрации обследуемых на малярию

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регист рацио нный номер	Зертх наға п репара ттард ы Қаб ылдан ған кү ні Дата посту плени я препа ратов в лабор атори ю	Тексе рілуші нің те гі, аты , әкесін ің аты (ол бо лған ж ағдайд а), Фами лия отчест во (при его налич ии) обсле дуемо го	Туған жылы Год рожде ния	Мекен -жайы Адрес прожи вания	Жұмы с орн ы, лау азымы Место работ ы , должн ость	Алғаш қы қо йылға н диагн оз Перви чный диагн оз	Келге н жері (елі), болу к езеңі, айы, ж ылы ҚР-на келген күні. Откуд а (стра на) прибы л , перио д преб ывани я,Дата прибы тия в РК	Зертте улерді ң саны (Колич ество исслед овани й	Нәтиж елер б ерілге н күн Дата выдач и результ ата	Зертте у нәти жесі Результ ат исслед овани я	Зертте у әдіст emeniң НҚ-р ы НД на метод испыт аний	Зертте у жүрг ізген а дамны ң қол ы, тегі , аты, әкесін ің аты (ол бо лған ж ағдайд а), лау азымы Фами лия отчест во (при его налич ии), должн ость и подпи сь прово дивше го исслед овани е	Ескер те Приме чание
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
Х а л ы қ т ы ң 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 нөмірі Регистрационный номер	Зерттеу жүргізілген күн, Дата проведения исследования	Үлгі алынған орын Место взятия образца	Зерттеу нәтижелері Результаты исследования	Сынақ әдісіне арналған НҚ НД на метод испытаний	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность лица, подпись, проводившего исследование.
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының

Денсаулық сақтау министрінің

2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына

263-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

263- қосымша

Приложение 263

к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 263/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 263/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20_ ____ года № _____

Гнус имагосы санының серпінін есепке алу журналы

Журнал учета динамики численности имаго гнуса

Облыста (в области) _____ 20 ____ ж. (г.)

Заңды және жеке тұлғаның толық атауы (Полное наименование юридического,
физического лица) _____

Есепке алу тәсілі (20 минуттық "өзіне" аулау немесе өсімдіктерді шабу) (Способ
учета (20-минутный облов "на себя" или кошение по растительности)) _____

Буын аяқты лар то бы**	Сынақ әдісін е НҚ (НД н а	Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі - ОА) саны Подекадная и среднемесячная (далее-СМ) численность		

(Групп а член истон огих)* *	метод испыт аний)	Сәуір Апрель				Мамыр Май				Маусым Июнь			
		1	2	3	О А СМ	1	2	3	О А СМ	1	2	3	О А СМ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі - ОА) саны) (Подекадная и среднемесечная (далее-СМ) численность												Орташ а маус ымдық көрсет кіш Средне сезонн ы й показа тель
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь				
1	2	3	О А СМ	1	2	3	О А СМ	1	2	3	О А СМ	
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	

**** 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
Х а л ы қ т ы ң 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.)

Буына яқтыл ар тобы (Группа членов столога) **	Сынақ әдісін е НҚ НД на метод испытаний	Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі – ОА) саны (Подекадная и среднемесячная (далее – СМ) численность)											
		Сәуір Апрель				Мамыр Май				Маусым Июнь			
		1	2	3	ОА (СМ)	1	2	3	ОА (СМ)	1	2	3	ОА (СМ)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі -ОА) саны (Подекадная и среднемесячная (далее-СМ) численность)												Орташа маусымдық көрсеткіш (Средне сезонный показатель)
Шілде						Тамыз						

Июль				Август				Қыркүйек Сентябрь				
1	2	3	ОА (СМ)	1	2	3	ОА (СМ)	1	2	3	ОА (СМ)	
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

* Әрбір он күндікті екі кіші бағанға бөлеміз: алымында – барлық дернәсілдер, бөлгішінде - бір сынамаға келетін саны; Бір м² су бетіне келетін санды қайта есептеуді зертханалық жағдайда жедел талдау мен материалды жинақтау кезінде жүргізу керек (Каждую декаду делим на две подграфы: в числителе – всего личинок, в знаменателе – численность на одну пробу; Перерасчет численности на один м² водной поверхности осуществлять в лабораторных условиях при оперативном анализе и обобщении материала).

** Буынаяқтылар тобы: масалар, шіркейлер, құмытылар, соналар (Группа членистоногих: комары, мошки, мокрецы, слепни).

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

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

Приложение 265
к приказу

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 265/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере</p>		<p>Медицинская документация Форма № 265/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики</p>

орогат о м скоте))	н а метод испыт аний)													ОА (СМ)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі - ОА) саны Подекадная и среднемесячная (далее - СМ) численность												Маусымдық көрсеткіш Сезонның 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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " ____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 266/е нысаны медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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 фенодік құбылыстар (Основные феноявления)	Анофелес масасы (Комары Анофелес)	Аедес	Куликс	Шіркейлер (Мошки)	Соналар (Слепни)	Үнсіз масалар (Москиты)	Шыбындар (Мухи)
Жәндіктер (Насекомые)								
1.	Қыстаудан ұшып шығуының басталуы (Начало вылета с зимовок)		X	X	X	X	X	
2.	Қыстаудан жаппай ұшып шығуы (Массовый)		X		X		X	

	вылет с зимовок)					X		
3.	Қаң сорған алғашқы ұрғашы масалар (Первые самки с кровью)		X	X	X	X	X	X
4.	Жаппай қаң сорған ұрғашы масалар (Массовость самок с кровью)		X	X	X	X	X	X
5.	Ұрығы жетілген алғашқы ұрғашы масалар (Первые самки с созревшим яйцом)		X	X	X	X	X	X
6.	1 - маусымдағы алғашқы дернәсілдер (Первые личинки 1-го возраста)					X	X	
7.	2 - маусымдағы алғашқы дернәсілдер (Первые личинки 2-го возраста)				X	X	X	X
8.	3 - маусымдағы алғашқы дернәсілдер (Первые личинки 3-				X	X		X

	г о возраста						X	
9.	4 - маусымдағ ы алғашқы дернәсілде р (Первые личинки 4- г о возраста)					X	X	X
10.	Бірінші куыршақт ар (Первые куколки)					X	X	
11.	Бірінші генерация ның ұшуы (Вылет первой генерации)							
12.	Жаппай қ а н сорудың басталуы (Начало массового кровососа ния)							X
13.	Имаго санының ең көп кезі (П и к численнос ти имаго)							
14.	Жаппай қ а н сорудың аяқталуы (Конец массового кровососа ния)		X					X
15.	Дернәсілд е р санының ең көп кезі (П и к численнос					X	X	X

	т и личинок)							
16.	Соңғы қан сорған ұрғашы жәндіктер (Последние самки с кровью)		X	X	X	X	X	X
17.	С у айдындар ындағы соңғы дернәсілде р (Последние личинки в водоемах)				X	X	X	X
18.	Бірінші диапаузада ғы ұрғашы жәндіктер (Первые диапаузиру ющие самки)		X	X	X	X	X	X
19.	Жаппай диапаузаға кетуі (Массовый уход в диапаузу)		X	X	X	X	X	X
20.	Соңғы тіркелу мерзімдері (Сроки последней регистрац ии)							
21.	Масалард ың тез жұқтыру маусымын ың басталуы (Начало сезона эффективн		X	X	X	X		X

	о й заражаемо с т и комаров)						X	
22.	Масалард ың тез жұқтыру маусымын ың соңы (Конец сезона эффективн о й заражаемо с т и комаров)		X	X	X	X	X	X
23.	Безгек ауруының адамға берілу мерзімінің басы (Начало сезона передачи малярии человеку)		X	X	X	X	X	X
24.	Безгек ауруының адамға берілу мерзімінің соңы (Конец сезона передачи малярии человеку)		X	X	X	X	X	X
25	Безгектің жергілікті жағдайын ы ң ықтимал тіркелу күні (Дата возможно й регистрац и и местного случая малярии)							

Кенелер (Клещи)		Маршруттарының нөмірлері (Номера маршрутов)						
1.	Маршрут а ғ ы бірінші кенелер (Первые клещи на маршруте)							
2.	Жаппай белсенділі ктің басталуы (Начало массовой активност и)							
3.	Кенелерді ң жоғары саны (Пик численнос ти клещей)							
4.	Жаппай белсенділі ктің соңы (Конец массовой активност и)							
5.	Табиғаттағ ы соңғы кенелер (Последние клещи в природе)							
6.	Маусымда ғ ы белсенділі к кезеңі (күндермен) (Период активност и 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
Х а л ы қ т ы ң 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 – НК) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1. _____

2. _____

Дезинфекциялау құралыны								Зерттеу жүргізген адамның
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	н зертхан аға түскен күні (Дата поступления и дезинфицирующего средства в лабораторию)	Зерттеу басталған күн, ай, жыл (Дата, месяц, год начала исследования)	Құралды жіберген мекеме (Учреждение направившее средство)	Құралдың атауы (Наименование средств)	Зерттеу мақсаты (Цель исследования)	Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл (Дата, месяц, год окончания исследования)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
268-қосымша

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

Приложение 268
к приказу

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

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 268/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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	9	10
Ауа қозғалысының жылдамдығы Скорость движения воздуха не более м/с	Ауаның шығыны, м³/сағ Расход воздуха, м3/час			Ауа алмасу жиілігі Кратность воздухообмена					
				Рұқсат етілген					

Өлшенген н Изм ерен ная	Нормалар бойынша оңтайлы/рұқсатетілген оптималы/допустимая по нормам	Өлшенген Измеренная	Рұқсат етілген (жоба бойынша) Допустимое (по проекту)	Есептелген н Рассчитанная	Доп	Өлшеулер саны/оның ішінде РЕШД-да н жоғары Количеств о 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 әдісі не арналған НҚ
-------------------------------------	--	------------------------	---	---------------------------------	-----	--	---	---	----------------------------

					усти мая				
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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 269/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 269/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20 ____ года № _____

Жануарлардың тістеуінен, сілекейінің жұғуынан, тырнауынан зардап шеккен адамдарды тіркеу журналы

Журнал регистрации лиц, пострадавших от укусов, ослонений, оцарапывания животными

Тіркеу нөмірі (Регистрацион ный номер)	Хабарламаны ң күні мен уак ыты, кім берді (Дата и час сообщения, кто передал)	Хабарлама бе рген медицин алық ұйымны ң атауы (Наименовани е медицинской организации,	Зардап шегуш інің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағ дайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Жасы (Возраст)	Мамандығы (Профессия)	Үйінің мекен жайы
--	--	--	---	-------------------	--------------------------	----------------------

		пославшей сообщение)	пострадавшего			(Домашний адрес)
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Күні (Дата)		Диагноз	Жануардың түрі (Вид животного)	Жануар иесінің мекенжайы (Адрес хозяина животного)	Ветеринариялық анықтаманың нөмірі (Номер ветеринарной справки)	Ветеринариялық анықтаманы алған күні (Дата получения ветеринарной справки)
Тістелген (Укуса)	Жүгінген (Обращения)					
8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
270-қосымша

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

Приложение 270
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 270/е нысанды медициналық құжаттама</p>
		<p>Медицинская документация Форма № 270/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20____ года № _____</p>

Сүтқоректілерді тарағанда түскен эктопаразиттерді тіркеу журналы
Журнал регистрации очесов эктопаразитов млекопитающих

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж. (г.)
 Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Ретті № № п/п	Күні Дата	Материалдың анықталған орны (елді мекеннің және әкімшілік ауданның аталуы) Место добычи материала (название административного района, населенного пункта, точки сбора)	Жануардың түрі Вид животного	Ұсақ сүтқоректілердің саны Количество мелких млекопитающих	
				эктопаразиттермен с эктопаразитами	эктопаразиттерсіз б е з экзопаразитов
1	2	3	4	5	6
Иксодтық кенелер Иксодовые клещи			Гамаздықкене лер Гамазовые клещи	Бүрге Блохи	Бит Вши
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	

Х а л ы қ т ы ң 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.)

Кәсіпоры ның ата у ы (ИСК Наимено вание предприя тия)	ИСК (ИИИ)	Зауыт нө мірі (Номер завода)	Альфа-бе та және гамма рентген с әулелену ді өлшеу саны (Количес т в о замеров альфа-бе та и гамма рентген излучени я)	Өлшеу диапазон ы (Диапазон измерени й)	Хаттама нөмірі (Номер протокол а)	Радонды өлшеу саны (Количес т в о замеров радона)	Өлшеу диапазон ы (Диапазон измерени й)	Хаттама нөмірі (Номер протокол а)	Бақылау күні (Дата контроля)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
272-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
272- қосымша
Приложение 272
к приказу

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 272/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 272/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20____ года № _____

Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау органдарының инфекциялық және паразиттік ауруларды есепке алу журналы

Журнал учета инфекционных и паразитарных заболеваний государственными органами санитарно-эпидемиологического контроля

Басталуы (Начат) "___" _____ 20____ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20____ ж. (Г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Эпидемиологиялық нөмірі (Эпидемиологический номер)	Телефон арқылы хабарланған (қабылданған) күні және сағаты, алғашқы шұғыл хабарламаны жіберу (алу) күні, кім берді, кім қабылдады (Дата и часы сообщения (приема) по телефону и дата отсылки (получения) первичного экстренного извещения кто передал, кто принял)	Хабарлама берген медициналық ұйымның атауы (Наименование медицинской организации, передавшей сообщение)	Науқас адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного человека)	Жасы (3 жасқа дейінгі балалардың туған айы мен жылын көрсетіңіз) (Возраст (для детей до 3-х лет, указать месяц и год рождения))
1	2	3	4	5	6

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

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

Үйінің мекенжайы (қала, ауыл, көше, үй нөмірі, пәтер нөмірі) (Домашний адрес (город, село, улица, номер дома, номер квартиры))	Жұмыс, оқу орнының, мектеп жасына дейінгі балалар ұйымының (сынып, топ) атауы, соңғы барған күні (Наименование места работы, учебы, детской дошкольной организации (класс, группа) дата последнего посещения)	Ауырған күні (Дата заболевания)	Диагноз және оның қойылған күні (Диагноз и дата его установления)	Ауруханаға жатқызылған күні, орны (Дата, место госпитализации)
7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Алғашқы жүгінген күні (Дата первичного обращения)	Өзгертілген (нактыланған) диагнозы, оның нактыланған күні (Измененный, (уточненный) диагноз и дата его уточнения)	Эпидемиологиялық тексеру жүргізілген күн, инфекциялық ауру ошағында тексеру жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Дата эпидемиологического обследования, фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследовавшего о ч а г инфекционного заболевания)	Тұрақты тұратын жері бойынша мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органдарына, балалар ұйымына, оқу, жұмыс орнына ауру туралы хабарланған күн (Дата сообщения о заболевании в государственные органы санитарно-эпидемиологического надзора по месту постоянного жительства, в детскую организацию, по месту учебы, работы)	Зертханалық зерттеулер, нәтижелері (Лабораторные исследования, результаты)	Ескертпе (Примечание)
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
273-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 273- қосымша
 Приложение 273
 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 20 августа 2021 года
 № ҚР ДСМ-84

Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы "____" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 273/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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 № _____

Спектротметриялық 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

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 274/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 274/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20____ года № _____</p>

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
	Бета бөлшектер/см2х мин	Ауада радонның өлшенген, тең салмақты, баламалы, көлемді белсенділігі Бк/м3		Топырақ бетінен алынған радон ағымының өлшенген тығыздығы (мБк/ш.м.·сек)	Өлшеу жүргізілген, Т.А.Ә (ол

А л ь ф а бөлшектер/см2х мин Альфа частиц/ см2х мин		Бета частиц/см2х ми		(Измеренная, равновесная, эквивалентная, объемная активность радона в воздухе Бк/м3)		(Измеренная плотность потока радона с поверхности гранта (мБк/ м2·сек)		болған жағдай да), колы Измере ния провод ил Ф.И.О. (при его наличи и)
Өлшем саны Количе ство измере ний	Өлшеу нәтиже лері Результ аты измере ний	Өлшем саны Количе ство измере ний	Ө л ш е у нәтижелері Результаты измерений	Өлшем саны Количество измерений	Өлшеу нәтиже лері Результ аты измере ний	Өлшем саны Количе ство измере ний	Ө л ш е у 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

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 275/е нысанды медициналық құ жаттама</p>
		<p>Медицинская документация Форма № 275/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20____ года № _____</p>

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 саны (Количество измерений)	Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)	Жоғары өлшеулер саны (Количество измерений с превышением)	Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)	
5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
276-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
276- қосымша

Приложение 276
к приказу

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 276/е нысанды медициналық құжаттама</p>
		<p>Медицинская документация Форма № 276/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20 ____ года № _____</p>

Қоршау конструкцияларының дыбыс оқшаулауын өлшеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации измерения звукоизоляций ограждающих конструкций

Басталуы (Начат) " _____ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " _____ " _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні айы, жылы (Дата, месяц, год)	Шаруашылық жүргізуші субъектінің, ұйымның атауы (Наименование хозяйствующего субъекта, организации)	Өлшеулер саны (Количество замеров)						Қолданылған құралдардың атауы (Наименование использованных приборов)	Өлшеулер жүргізген мамандардың Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) және қолы (Ф.И.О (при его наличии) и подписи специалистов проводивших измерения)
			Фондық шу Фоновый шум	Дыбыстың естілуі Реверберации	Ауаның шуы Воздушный шум		Соққының шуы Ударный шум			
					Барлығы (Всего)	РЕШ жоғары (Выше ПДУ)	Барлығы (Всего)	РЕШ жоғары (Выше ПДУ)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
277-қосымша

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

Приложение 277
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 277/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық	

<p>саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы</p> <p>Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>	<p>Медицинская документация</p> <p>Форма № 277/у</p> <p>Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ года № _____</p>
---	--

Әкімшілік құқық бұзушылықтар туралы хаттамаларды тіркеу журналы

Журнал регистрации протоколов об административных правонарушениях

р/с № № п/п	Құқық бұзушылықты анықтаған орган (Орган выявивший правонарушение)	Әкімшілік істің немірі (Номер административного дела)	Жасалған күні (Дата заведения)	Хаттама Хаттама ы толтырған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), хаттама толтырған адамның лауазымы (Ф.И.О. (при его наличии) лица составившего протокол, Должность лица составившего протокол)	Жеке тұлға, заңды тұлға, жеке кәсіпкер туралы мәліметтер (ЖСН, БСН, Т.А.Ә., мекенжайы) (Сведения о физическом лице, юридическом лице, индивидуальном предпринимателе (ИНН, БИН, ФИО, адрес))	Жұмыс түрі, лауазымы, жұмыс орны, телефоны (Род занятий, должность, место работы, телефон)	Жасалған орны, мекенжайы (Место совершения, адрес)	ҚР ӘҚБтК саралауы (Квалификация КоАП РК)	Өндірісті қамтамасыз ету шаралары (Меры обеспечения производства)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (продолжение таблицы)

Тұлғаның бұрын әкімшілік жауапкершілікке тартылғаны туралы деректер (Данные о раннем привлечении к административной ответственности)	Өтінішхаттардың болуы (Наличие ходатайств)	Қарау күні мен нәтижесі, қабылданған шаралар (Дата и результат)	Танысу туралы мәліметтер (Сведения об ознакомлении)	Материал/ хаттама бойынша шешім (Решение по материалу/ протоколу)	Төлеу күні (қосқартылған өндірісте) (Дата уплаты (в сокращенном производстве))	Басқа белгілер
--	--	---	---	---	--	----------------

в н о й ответственнос ти лица)		рассмотрения, принятые меры)				(Прочие отметки)
11	12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
278-қосымша

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

Приложение 278
к приказу

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

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 278/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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 исследований в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Басталды (Начат) " " _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) " " _____ ж. (г.)

		Субъектілер дің (объекті нің) атауы,					
--	--	--	--	--	--	--	--

№	Тергеп-тексеруді тағайындау, тергеп-тексеру мерзімдерін ұзарту туралы актісінің шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер акта о назначении расследования, продлении сроков расследования)	өздеріне қатысты тергеп-тексеру бас талған 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 бұзылып анықталған құжаттардың атауы және нормативтік құқықтық актілер нормалары (Наименование документов и нормы нормативных актов, нарушение которых выявлено в ходе расследования)	Тергеп- тексеруге қатысшылардың Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя отчество (при его наличии) участвующих в расследовании)	Тергеп-тексеру нәтижелері туралы актісінің 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

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 279/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 279/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20 ____ года № ____</p>

Ұсақ сүтқоректілердің санын есепке алудың далалық журналы
Полевой журнал учета численности мелких млекопитающих

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Материалды алу орны (әкімшілік аймағының атауы мен зерттеу нүктесі) Место добычи материала (название административного района и точка обследования)	Аулау құралдарының саны Количество орудий улова	Ұсақ сүтқоректілердің саны Количество мелких млекопитающих	Ұрғашылардың генеративтік күйі және жынысы Пол и генеративное состояние самок	Биосынама № № биопробы	Сүтқоректілер санының пайыздық көрсеткіші Показатель численности мелких млекопитающих %
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
280-қосымша

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

Приложение 280
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы "___" _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 280/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 280/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20____ года № _____</p>

Кәсіптік ауруды (улануларды) есепке алу картасы
Карта учета профессионального заболевания (отравления)

Толтырылған күні (Дата заполнения)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	
Деректердің мазмұны (Содержание сведений)	Беттің № № (страницы)	Коды (Код)
Қазақстан Республикасы (Республика Казахстан)	1	
Облыс, қала (область, город)	2	
Сала түрі (Вид отрасли)	3	
Объекті атауы (Наименование объекта)	4	
Жұмыс орны, цех, бөлімше, учаске, лауазымы (Место работы, цех, отделение, участок, должность)	5	
Кәсіптік ауру (улану) туралы хабарлама алынған күн (Дата получения извещения о профессиональном заболевании (отравление))	6	

Осы адамды қоса алғанда бір уақытта зардап шеккендер саны Число одновременно пострадавших, 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): жігі (острое) – 1; созылмалы (хроническое) - 2	22	
Диагноздары (Диагнозы): негізгі (основной)	23	
Қосымша (сопутствующий)	24	
Кәсіптік ауру (улану) анықталды (Профзаболевание (отравление) выявлено): медициналық қарап-тексеру кезінде (при медицинском осмотре) – 1; қаралғанда (при обращении - 2)	25	
Диагноз қойылды (Диагноз установлен): емдеу-профилактикалық ұйымында (бұдан әрі – ЕПҰ) (лечебно-профилактической организацией (далее - ЛПО)) – 1; профилактика бөлімшесінде (бұдан әрі – профбөлімше) (профилактическим отделением (далее - профотделение)) – 2; ғылыми-зерттеу институтында (бұдан әрі - ҒЗИ) (научно-исследовательским институтом (далее - НИИ)) - 3	26	
Аурудың ауырлығы (Тяжесть заболевания): 1 - еңбекке қабілеттілігін жоғалтпай (без утраты трудоспособности); 2 - еңбекке қабілеттілігін жоғалтумен (с утратой трудоспособности); 3 - қайтыс болу (смерть)	27 28	
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органы қабылдаған шаралар (Меры принятые государственным органом санитарно-эпидемиологической службы)	29	

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің лауазымды адамы (тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы)

(Должностное лицо санитарно-эпидемиологической службы, фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)_

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
281-қосымша

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

Приложение 281
к приказу

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

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 281/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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. Наукас адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя,
отчество (при его наличии) больного человека) _____

2. Жынысы (Пол) _____ наукас 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. Иммундаудың болмау себептері (Причины отсутствия иммунизации)
Инфекцияның көзі мен берілу факторларын іздеу (Поиск источника и факторы передачи инфекции) _____

20. Жұқтырудың болжамды мерзімдері (Ориентировочные сроки заражения) (с)_____ бастап (по)_____ дейін

21. Жұқтырылуы мүмкін орын, оған ықпал еткен жағдайлар мен шарттар (Предполагаемое место заражения, обстоятельства и условия способствующие этому):

	Мән-жайлар Обстоятельства	Мерзімі Сроки
Басқа елді мекенде болуы (Нахождение в другом населенном пункте)		
Туыстарына, таныстарына баруы		

(Посещение родственников, знакомых)		
Табиғат аясында демалуы (Отдых в природных условиях)		
Сауықтыру ұйымында болуы (Пребывание в оздоровительной организации)		
Стационарда болуы (Нахождение в стационаре)		
Қан және оның препараттарын күй (Переливание крови и ее препаратов)		
Медициналық іс-әрекеттер, қандай екендігін көрсетіңіз (Медицинские манипуляции, указать какие)		
Жануарлармен, құстармен байланысы (Общение с животными, птицами)		
Су құбырларындағы, кәріздегі авария (Аварии на водопроводе, канализации)		
Басқалары (жазыңыз) (Другие (вписать))		

22. Инфекцияның көзі болып табылуы мүмкін адамдар (Лица, которые могли явиться источником инфекции)

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))	Пациенттің ЖСН-і (ИИН пациента)	Қарым-қатынас сипаты (Характер отношений)	Араласқан орны (Место общения)	Тексеру нәтижесі (Результат обследования)
--	---------------------------------	--	-----------------------------------	--

23. Инфекцияның ықтимал берілу факторлары туралы мәліметтер (Сведения о наиболее вероятных факторах передачи инфекции)

Болжамды берілу факторлары (Предполагаемые факторы передачи)	Қолданған күні мен уақыты (Дата и время употребления)	Дайындалған (қолданған) орны (Место приготовления (употребления))	Жұқтыруға ықпал еткен мән-жайлар (Обстоятельства, способствующие заражению)
---	--	--	--

24. Тұрғылықты жері бойынша ошақта жүргізілген іс-шаралар (мекенжайы)
(Мероприятия в очаге по месту жительства (адрес)) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)		Қарым-қатынаста болған адам		Анықталған науқастар	Егілген, қағалған (р ,	
--	--	-----------------------------	--	----------------------	------------------------	--

ан жағдай да) (Фамилия, и м я , отчество (при его наличии))	Туған күні (Дата рождения)	Туыстық дәрежесі (Степень родства)	ардың егу мәртебесі (Прививоч ный статус контактны х лиц)	Жұмыс ор ны (Место работы)	Тексерілге н күні (Дата обследова ния)	бактерия т асымалдау шылар (Выявлено больных, б актерио- носителей)	күндері, препарат) (Привито, профагиро вано (даты , препарат))	Дезинфекц иялау түрі, күні (Т и п дезинфекц ии, дата)
---	----------------------------------	---	--	-------------------------------------	--	---	---	--

25. Жұмыс, оқу орнындағы ошақта жүргізілген іс-шаралар (мекенжайы)
(Мероприятия в очаге по месту работы, учебы (адрес))

Ұжымның ата уы (Наименовани е коллектива)	Қарым-қатын аста болғанда р саны (Число контактных)	Зертханалық жолмен зертт еп-қаралды (к үні, саны) (Обследовано лаборато рно (дата, количество))	Анықталған н ауқастар, бактерия тасы малдаушылар (Выявлено больных, бактерионоси телей)	Егілген, фаг а лған (күндері, препарат) (Привито, про фагировано (д а т ы , препарат))	Мерзімі (Сроки)	Дезинфекция лау түрі (күні) (Т и п 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__ ж. _____ аяғының _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 282/е нысаны медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 282/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года № _____

Зоонозды ауру ошағын эпизоотологиялық-эпидемиологиялық зерттеп-қарау картасы
Карта эпизоотолого-эпидемиологического обследования очага зоонозного заболевания

1. Нозологиялық түрі (Нозологическая форма) _____

2. Қоздырғыштың түрі (Вид возбудителя) _____

3. Ауырған немесе ауруға күдікті жануардың анықталғаны туралы хабарламаның алынған күні (Дата получения сообщения о выявлении заболевания животного или подозрение на него):

а) _____

_____ ветеринариялық ұйымға (в ветеринарную организацию)

б) _____ аумақтық мемлекеттік
санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органына (территориальный орган
государственного санитарно-эпидемиологического надзора) _____

4. Адамның ауырғаны туралы хабарлама алынған күн (Дата получения сообщения о заболевании человека):

_____ ДСБ (УЗ), _____ ветеринариялық бөлімге (ветотдел)

Жануарда (у животного) _____

Адамда (ү человека)

Ауру ошағы туралы мәліметтер (Сведения об очаге заболевания)

9. Ауру ошағының орналасуы (шаруашылық, елді мекен, ферма, отар, цех және басқалары) (Локализация очага (хозяйство, населенный пункт, ферма, отара, цех и другие))

[illegible]

Жабайы (3) Дикіе													
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 По данным опроса населения						Эпизоотологиялық тексеру деректері бойынша По данным эпизоотологического обследования							
Осы инфекция бойынша энзоотиялық аумақ (Территория по данной инфекции энзоотична)		Кеміргіштер санының ұлғаюы (Увеличение численности грызунов)		Тасымалдаушылар санының ұлғаюы (Увеличение численности переносчиков)		Кеміргіштер санының ұлғаюы Увеличение численности грызунов		Қансорғыш буынақтылардың болуы және санының өсуі (Наличие и рост численности кровососущих членистоногих)		Эпизоотияның болуы (Наличие эпизоотии)			
						Жабайы (диких)	Синантропты (синантропных)						
иә	жоқ	иә	жоқ	иә	жоқ	иә	жоқ	иә	жоқ	иә	жоқ	иә	жоқ
да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет	да	нет

12. Жануарлардың осы ауруын тудыруға себепші болған жағдайлар (астын сызыңыз): анықтау мүмкін болмады (1), инфекцияны жұқтырған жануарлардың сырттан әкелінуі (02), инфекцияланған жем-шөптің сырттан әкелінуі (03), жабайы немесе қараусыз малдың пайда болуы (04), инфекцияланған тасымалдаушылардың пайда болуы (05), кеміргіштер санының өсуі (06), қайта топтастыру немесе ауру жануарлармен бірге ұсталуы (07), инфекцияланған жайылымдарды, суаттарды пайдалану (08), жер қазу жұмыстарын жүргізу (09), басқалары (10). (Условия, способствовавшие возникновению настоящих заболеваний животных (подчеркнуть): выявить не удалось (01), завоз инфицированных животных (02), завоз инфицированных кормов (03), появление диких или безнадзорных животных (04), появление инфицированных переносчиков (05), рост численности грызунов (06), перегруппировка

или совместное содержание с больными животными (07), использование инфицированных пастбищ, водоемов (08), проведение земляных работ (09), другие (10).

13. Жануарлар мен сыртқы ортадан алынған материалды зертханалық зерттеу (Лабораторное исследование материала от животных и из внешней среды):

Жануардың түрі, зерттелген материалдың атауы (Вид животного, наименование исследованного материала)	Зерттеу күні (Дата исследования)	Зерттелген сынамалар саны (Число исследованных проб)	Зерттеу әдісі (Метод исследования)	Нәтижелер (қоздырғыштың түрі, серовары, титрі) (Результаты (вид, серовар, титр возбудителя))
--	-------------------------------------	---	---------------------------------------	---

14. Ауру жануарлар оқшауландырылды, өлді, өлтірілді, ошақтың сыртына шығарылды, қашып кетті, ошақта қалды, өлекселері өртелді, кәдеге жаратылды, көмілді, ауру жануардың өнімдері (шикізат): үйде қолданылды, жекеше түрде таратылды, қоймаға өткізілді, көтерме және бөлшек саудада сатуға, қоғамдық тамақтану объектілеріне жіберілді, жойылды (астын сызыңыз) (Больные животные изолированы, пали, убиты, вывезены за пределы очага, сбежали, остались в очаге, трупы сожжены, утилизированы, зарыты, продукты (сырье) от больного животного: использованы на дому, розданы частным образом, сданы на склад, отправлены на оптовую и розничную продажу, на объекты общественного питания, уничтожены (подчеркнуть))

15. Ауруды жұқтыруы мүмкін адамдар саны (ауырғандарды қоса алғанда) (Число лиц, имевших возможность 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 (Регистрационный номер)	Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))	Жынысы (Пол)	Туған күні (Дата рождения)	Үй мекен жайы (Домашний адрес)	Жұмыс орны, кәсібі (Место работы, род занятий)	Күні Дата		Болжамды жұқтырылу күні, орны, жағдайы (Дата, место, условия возможного заражения)
						Жүгіну (Обращение)	Анықталу (Выявление)	

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Осы инфекцияға қарсы алдында жүргізілген иммундау күні (Дата предшествовавшей иммунизации против данной инфекции)	Шұғыл профилактика, антирабиялық емдеу (күні, препарат, сериясы, схемасы) схема бұзылған жағдайда себепін көрсетіңіз (Экстренная профилактика, антирабическое лечение (дата, препарат, серия, схемы) в случае нарушения схемы указать причину)	Емдеуге жатқызу күні мен орны (Дата и место госпитализации)	Зертханалық тексеру күні және нәтижесі (Дата и результат лабораторного обследования)	Қарым-қатынаста болған адамдардың ауырған күні (Дата заболевания контактных лиц)
--	---	--	---	---

3. Ошақты жою жөніндегі іс-шаралар (Мероприятия по ликвидации очага)

21. Карантин (қолайсыз) жарияланды, жарияланбады (астын сызыңыз) (Карантин (неблагополучие) объявлен, не объявлен (подчеркнуть)), күні (дата) басталуы (начала) _____ аяқталуы (окончания) _____

22. Жануарлардың өлекселерін кәдеге жарату (Утилизация трупов животных): күні (дата) _____

тәсілі (өртелді, көмілді, ветеринариялық-санитариялық зауытқа тапсырылды) астын сызыңыз (способ (сожжен, зарыт, сдан на ветеринарно-санитарный завод) подчеркнуть)

Жануарларға қатысты іс-шаралар (Мероприятия в отношении животных)	Күні (Дата)	Саны (Количество)	Өткізілу орны (Место проведения)
Профилактикалық екепелер (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 (Н а производстве)				
	Тұрмыста (В быту)				
Зерттеу (Исследование)					
Окшаулау (Изоляция)					
Союға өткізу (Сдача на убой)					
Емдеу (Лечение)					
Іс-шаралар жүргізілмеді (Мероприятия не проводились)					
	Саны (Количество)	Күні (Дата)	Әдісі, құралдары (жою , өңдеу, дезинфекциялау, дезинсекциялау- жазыңыз) (Способ, средства уничтожение, переработка, дезинфекция, дезинсекция - вписать))	Жүргізу орны (Место (проведения)	Орындалуын бақылау және нәтиже (Контроль исполнения и результат)
Ет және ет өнімдері (Мясо и мясные продукты)					
Сүт және сүт өнімдері (Молоко и молочные продукты)					
Басқа да тамақ өнімдері (Другие продукты питания)					
М а л шаруашылығы шикізаттары мен одан жасалатын бұйымдар					

(Животноводческ ое сырье и изделия из него)					
Су (Вода)					
Қи, топырақ (Навоз, почва)					
Түсіктер, өлі туған ұрықтар, малдың шаранасы және басқасы (Абортированны е , мертворожденн ые плоды, послед и другие)					
Өндірістік үй-жайлар (Производственн ые 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 жа нуарлар (Уничтожено животных)	Союға өткізіл гені (Сдано на убой)	Өңделген аландар (Обработано площадей)			Іс-шаралар жү ргізілген жоқ Мероприятия не проводили сь
			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 парак (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)	20. Қорытынды диагноз қойылған күні (Дата установления окончательного диагноза)	21. Ауруханадан шыққан күні (жазылып) (1), (қайтыс болды) (2) (Дата выписки из стационара (
--	---	--	--	--	--

			прислано экстренное извещение)	выздоровлени е) (1), (смерти) (2))
--	--	--	--------------------------------------	---

22. Ауруханаға жатқызылған орны, көлік (Место госпитализации, транспорт)_____

23. Үйінде қалдырылды (себебі) (Оставлен на дому (причина)): клиникалық көрсетілімдердің болмауы (отсутствие клинических показаний), ауруханада орын болмауы (отсутствие мест в стационаре) ауруханаға жатудан бас тартуы (отказ от госпитализации) астын сызыңыз (подчеркнуть)

24. Ауруханаға кеш жатқызылу себебі (Причина поздней госпитализации): ауруханада орын болмауы (отсутствие мест в стационаре), кеш қаралуы (позднее обращение), диагноздың кеш қойылуы (поздняя диагностика), бас тартуы (отказ) астын сызыңыз (подчеркнуть)

25. Зертханалық зерттеулер (Лабораторные исследования) жүргізілді (проводились) (1), жүргізілмеді (не проводились) (2).

26. Диагноз қойылды (Диагноз установлен): клиникалық (клинически) (1), зертханалық жолмен (лабораторно) (2), кешенді (комплексно) (3), басқа әдістермен (другими методами) (4).

Клиникалық Клинически		Күні Дата	Тексеру нәтижесі Результат обследования
Зертханалық Лабораторно	Бактериологиялық (Бактериологически) (вирусологиялық (вирусологически))		
	Микроскопиялық (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	Шопқа 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)

Қасқырлар (Волки)	Түлкілер (Лисицы)	Жанат тәрізді иттер (Енотовидные собаки)	Басқа жабайы жыртқыштар (Другие дикие хищники)	Жабайы тұяқтылар (Дикие копытные)	Кеміргіштер (Грызуны)	Анықталмағандар (Не установленные)
8	9	10	11	12	13	14

35. Жануардың тиістілігі (Принадлежность животного): мемлекеттік ауыл шаруашылығы (сельскохозяйственное государственное) (1), жеке меншік (личное) (2), оқшауланған мысықтар, иттер (кошки, собаки изолированные) (3), иесіз мысықтар, иттер (кошки, собаки безнадзорные) (4), жабайы (дикие) (5), иесі анықталмаған (принадлежность не установлена) (6) астын сызыңыз (подчеркнуть)

36. Жануарларды бақылау нәтижелері (Результат наблюдения за животными): оқшауланды (изолировано), өлді (пало), өлтірілді (убито), ошақтың сыртына шығарылды (вывезены за пределы очага), қашып кетті (сбежало), үйірде, отарда, инфекция ошағында қалды (осталось в стаде, отаре, очаге) астын сызыңыз (подчеркнуть)

37. Жануардың диагнозы зертханалық жолмен (Диагноз у животного лабораторно): расталған (подтвержден) (1), расталмаған (не подтвержден) (2), зерттелмеген (не исследовалось) (3) астын сызыңыз (подчеркнуть)

38. Адамға жұғуына ықпал еткен жағдайлар (Условия, способствовавшие заражению человека) қоршап көрсетіңіз (обвести)

Санитариялық-эпидемиологиялық режим мен қағидалардың бұзылуы Нарушение санитарно-эпидемиологического режима и правил					
Анықталмады (Не установлено)	Тамақ өнімдерін дайындау және сақтау (Приготовление и хранение пищевых продуктов)	Тамақ өнімдерін сату (Реализация пищевых продуктов)	Жануарларды ұстау және бағу (Содержания и ухода за животными)	Малды сою, өліктерінің ішін жару, терісін сыпыру (Убой скота, вскрытия трупов, снятия шкур)	М а л шаруашылығы шикізаты мен басқа да ауыл шаруашылығы өнімдерін тасымалдау, сақтау, өндеу (Транспортировка, хранения, переработки животноводческого сырья и других сельскохозяйственных продуктов)
1	2	3	4	5	6

кестенің жалғасы (продолжение таблицы)

Санитариялық-эпидемиологиялық режим мен қағидалардың бұзылуы (Нарушение санитарно-эпидемиологического режима и правил)					
А у ы л шаруашылығы және басқа да жұмыс түрлерін жүргізу (Проведение сельскохозяйств	Табиғи ошақ аумағында болуы (Нахождение на территории	Жабайы және иесіз жануарлармен байланыста болуы (Контакт с дикими и	Мал төлдету науқанына қатысуы	Инфекцияланған су көздерін пайдалану	

енных и других видов работ)	природного очага)	безнадзорными животными)	(Участие в окотной компании)	(Использование инфицированных источников)	Басқалар (Другие)
7	8	9	10	11	12

39. Инфекцияның берілуі ықтимал факторлар (қоршап көрсетіңіз) (Вероятные факторы передачи инфекции (обвести))

Анықталмады (Не установлено)	Тамақ өнімдері Продукты питания			Мал шаруа шылығы 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 ұрлықтар, 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 м ² Объект, место проведения, площадь м ²	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

<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 283/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 283/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20 ____ года № _____</p>

Туберкулездің бациллалық түрінің ошағын эпидемиологиялық зерттеп-қарау картасы
Карта эпидемиологического обследования очага бациллярной формы туберкулеза

Эпидемиологиялық нөмірі (Эпидемиологический номер) _____ Аудан (район) _____ Елді мекен (Населенный пункт) _____

Шұғыл хабарламаны алған күн (Дата получения экстренного извещения) _____
Көше, үй (Улица, дом) _____ Қала, ауыл (керегінің астын сызыңыз) _____

Нысан бойынша (по форме) № 090/у _____

Нысан бойынша (по форме) № 089/у _____

Туберкулез ошағын алғаш рет тексеру күні (қала, ауыл) (Дата первичного обследования очага туберкулеза) _____ (Город, село) (нужное подчеркнуть))

Мекенжайы: облыс (Адрес: область) _____

Эпидемиологиялық топқа жатқызылуы (Принадлежность к эпидемиологической группе) _____

Бір эпидемиологиялық топтан екінші эпидемиологиялық топқа ауыстыру күні (Дата перевода из одной эпидемиологической группы в другую) _____

1. Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)) _____

2. Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол): еркек (мужской), әйел (женский) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть))

3. Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымы (Место работы, учебы, детской организации) _____

4. Кәсібі (Род занятий) _____ Соңғы рет қаралған күні (Дата последнего посещения) _____

5. Анықталды: қаралуы кезінде, профилактикалық тексеру кезінде (керегінің астын сызыңыз) (Выявлен: по обращаемости, при профилактических осмотрах (нужное подчеркнуть)) _____

6. Ошақтағы оқиғалардың саны (Количество случаев в очаге)_____

7. Ауырған күні (Дата заболевания)_____ Қаралған күні (Дата обращения)_____

8. Емдеуге жатқызылған күні (Дата госпитализации)

Емдеуге жатқызу орны (Место госпитализации)

9. Алғашқы диагнозы, қойылған күні (Первичный диагноз, дата установления)_____

10. Қорытынды диагнозы, қойылған күні (Окончательный диагноз, дата установления)_____

11. Анықтау әдісі (Метод выявления)_____

12. Туберкулез (БК+) диагнозы қойылған науқасты есепке алу күні (Дата взятия больного человека на учет с диагнозом туберкулез (БК+))_____

13. Туберкулез микобактериясы бөлінген күн (Дата выделения микобактерии туберкулеза)

15. Қайталану себептері (Причины рецидива)

16. Ауруды интенсивті фазада емдеуді бастаған күн (дата начала лечения в интенсивной фазе)

1) стационарлық (стационарно)

2) амбулаторлық (амбулаторно)

17. Қарқынды фазада емдеудің аяқталған күні (Дата окончания лечения в интенсивной фазе)

18. Қолдау фазасында емдеу басталған күн (Дата начала лечения в поддерживающей фазе)

1) стационарлық (стационарно)

2) амбулаторлық (амбулаторно)

19. Қолдау фазасында емдеу аяқталған күн (Дата окончания лечения в поддерживающей фазе)

20. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения)

21. Туберкулез диагнозы қойылғанға дейінгі науқас туралы деректер (Данные о больном, до установления диагноза туберкулез):

1) Науқасқа жасалған профилактикалық екпелері туралы мәліметтер
(Сведения о профилактических прививках больного человека)

2) Науқасқа жасалған туберкулин диагностикасы туралы мәліметтер
(Сведения о туберкулинодиагностике больного человека)

3) Науқасты рентгендік-флюорографиялық тексеру туралы мәліметтер
(Сведения о рентгено-флюорообследовании больного человека)

4) Науқасты бактериоскопиялық тексеру туралы мәліметтер (Сведения о бактериоскопическом обследовании больного человека)

5) Туберкулезбен ауыратын науқас адамның қосымша аурулары
(Сопутствующие заболевания больного человека туберкулезом)

22. Инфекция жұқтырудың болжамды көзі (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 мерзі мі С р о к исполнения	Орындаушы Исполнитель	Орындалуы тура лы 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- флюорограф иялық 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 Регистрационны й номер	Байланыста болғ ан адамдардың т егі, аты, әкесінің аты фамилия, имя, отчество контактных	Жасы Возраст	Манту реакцияс ының күні Дата реакции Манту	Манту реакцияс ының нәтижесі Результат реакции Манту	БЦЖ жасалған к үндер Даты БЦЖ
--	--	-----------------	--	---	-------------------------------------

кестенің жалғасы (продолжение таблицы)

Бактериоскопия өткізілген күнде р Д а т ы бактериоскопии	Бактериоскопия нәтижелері Результаты бактериоскопии	Рентгенофлюоро скопия өткізілге н күндер Даты рентгеноф люороскопии	Ауруды жұқтырған балаларға, жас өспірімдерге жүргізілген химиял ық профилактика Химиопрофилактика Инфицированным детям, подросткам		Санаторлық топ қа түскен күні Д а т а поступления в санаторную группу
			Басталуы Начало	Аяқталуы Окончание	

Ауыл шаруашылығы және үй жануарлары мен құстарын туберкулезге тексеру туралы деректер (Данные об обследовании сельскохозяйственных и домашних животных и птиц на туберкулез)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Жануарлардың т үрі мен саны В и д и количество животных	Туберкулезге те ксерілген күн Д а т а обследования на туберкулез	Ауру жануарлар мен құстар анық талды Выявлено больных животных и птиц	Ауру малды сою ға жіберген күн Дата сдачи больного скота на убой	Ескертпе Примечание

25. Науқасқа қосымша тұрғын үй алаңы қажет пе (Требуется ли больному дополнительная жилая площадь) _____

26. Мектепке дейінгі ұйымдардағы және мектеп жасындағы интернат ұйымдарындағы оқшаулауды қажет ететін балалар саны (Количество детей, нуждающихся в изоляции в дошкольных организациях и интернатные организации школьного возраста) _____

27. Науқасты бациллалық есептен шығару күні (Дата снятия больного человека с бациллярного учета) _____

28. Бациллалық ошақты есептен шығару күні (Дата снятия бациллярного очага с учета) _____

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) должность исполнителя) _____

қолы (подпись) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
284-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
284- қосымша
Приложение 284
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылы "____" _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 284/енсанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 284/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ года №____

Іш сүзегінің, А, В паратифтерінің бактерияларын тасымалдаушыны есепке алу картасы
Карта учета носителя бактерий брюшного тифа, паратифов А, В № _____

1. Тегі (Фамилия)_____ Аты (Имя)_____ Әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Отчество) (при его наличии) _____

2. Туған күні (Дата рождения)_____

3. Мекенжайы (Домашний адрес)_____

4. Жұмыс, оқу орны (Место работы, учебы)_____

5. Кәсібі (Профессия)_____

6. Қысқаша анамнездік деректері (Краткие анамнестические данные): іш сүзегімен, паратифтермен қашан және қайда ауырды, ауырған жоқ (когда и где переболел брюшным тифом, паратифами, заболевание отрицает)_____

7. Бактерия тасымалдаушылықтың тексерудің қандай түрінде анықталғаны туралы деректер (Данные выявления бакносительства, при каком виде обследования) диагноз қою үшін, профилактикалық (для диагностики, профилактическое), өсірінді қандай материалдан бөлініп алынды (нәжіс, несеп, өт) (материал из которого выделена культура (кал, моча, желчь))_____

8. Іш сүзегінің, А,В паратифтері қоздырғышының түрі (Вид возбудителя брюшного тифа, паратифов А,В) _____

10. Есептен шығарылған күні мен себебі (Дата и обоснование снятия с учета) _____

11. Тасымалдаушының айналасындағы ауру жұқтырғандарды есепке алу (Учет заразившихся в окружении носителя) _____

Тегі (Фамилия)	Ошақтың сипаты (жанұя, пәтер, жұмыс орны және басқалар) (Характеристика очага (семья, квартира, место работы и другие))	Ауырған күні (Дата заболевания)	Фаготипі (Фаготип)
-------------------	--	------------------------------------	-----------------------

Мекенжайы ауысқанда бұл туралы қайда және кімге хабарланғанын көрсетіңіз (При перемене жительства указать, куда и кому сообщено об этом) _____

12. Бактерия тасымалдаушының тұратын үй және коммуналдық жағдайлары (пәтер, үй, жатақхана, су құбыры, кәріз және басқалар) (Жилищные и коммунальные условия проживания бактерионосителя (квартира, дом, общежитие, водопровод, канализация и др.))

13. Тасымалдаушыға қатысты іс-шаралар (Мероприятия в отношении носителя) түсіндіру жұмыстары, санитариялық режимді жақсарту, ағымдағы дезинфекциялау, фагтау, ауруханаға жатқызу, емдеу және басқалары күндерімен (разъяснительная работа, улучшение санитарного режима, текущая дезинфекция, фагирование, госпитализация, лечение и др. по датам) _____

14. Бактерия тасымалдаушыны зертханалық зерттеудің нәтижелері (Результаты лабораторных исследований носителя бактерий)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Бактериологиялық Бактериологические				Серологиялық Серологические			
	күні дата	зерттеу материалы (өт, несеп, нәжіс) материал исследования (желчь, кал, моча)	нәтиже результат	фаготип фаготип	күні дата	Іш сүзегі Брюшной тиф		
						Н	О	ВИ

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

_____ қолы (подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
285-қосымша

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

Приложение 285
к приказу

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 285/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 285/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20 ____ года № _____</p>

**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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 286/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ года №____

Инфекциялық ауру ошағында ағымдағы дезинфекциялауды бақылау картасы
Карта контроля текущей дезинфекции в очаге инфекционного заболевания

1. Диагноз – алдын ала, соңғы (Диагноз – предварительный, окончательный) _____
2. Науқас адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного человека) _____
3. Жасы (Возраст) _____ 4. Мамандығы (Профессия) _____
5. Жұмыс, оқу орны (Место учебы, работы) _____
6. Мекенжайы (Адрес) _____
6. Науқас сауыққанға дейін, ауруханаға жатқызуға дейін қалдырылды (астын сызыңыз) (Больной оставлен до выздоровления, 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)		
Күні (Дата)	Алынған үлгілердің саны (Число отобранных образцов)	Олардың ішінде қанағаттанарлық сыз (Из них неудовлетворите льных)	Алынған үлгілер саны (Число отобранных образцов)	Олардың ішінде (Из них)	
				Шоғырлануы төмен (Заниженных концентраций)	Шоғырлануы жоғары (Завышенных концентраций)

12. Ағымдағы дезинфекциялауды бақылау күні (Дата контроля текущей дезинфекции) _____

1. Дезинфекциялау тоқтатылды (науқас аурудан жазылды, диагнозы өзгертілді, ауруханаға жатқызылды, қайтыс болды) (Дезинфекция прекращена (больной выздоровел, изменен диагноз, госпитализирован, умер)) _____

Дезинфекциялауға өтінім қабылданды (Заявка на дезинфекцию принята) _____

ұйымның атауы (наименование организации)

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты және қолы (Фамилия, имя, отчество и подпись исполнителя) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына

287-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

287- қосымша

Приложение 287

к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " ____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 287/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 287/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " ____ 20 ____ года № ____

Медициналық және басқа да ұйымдарда ағымдағы дезинфекциялауды ұйымдастыру мен жүргізуді бақылау картасы

Карта контроля организации и проведения текущей дезинфекции в медицинских и других организациях № _____

Басталуы (Начат) " ____ " ____ 20 ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " ____ 20 ж.(г.)

1. Мекенжайы (Адрес): _____

көше, үйінің № (улица, дом №) _____ телефон _____

Шаруашылық жүргізуші субъектінің немесе оның құрылымдық бөлімшесінің толық атауы

(Полное наименование хозяйствующего субъекта или его структурного подразделения) _____

2. Су құбырымен, кәрізбен, газбен қамтамасыз ету

(астын сызыңыз) (Обеспеченность водопроводом, канализацией,

газом подчеркнуть)) _____

Механикаландырылған, жартылай механикаландырылған, қол еңбегімен кір жуу орны

(астын сызыңыз, жазыңыз) (Прачечная механизированная, полумеханизированная, с ручным трудом (подчеркнуть, вписать))

Дезинфекциялау камерасы (Дезинфекционная камера), маркасы (марка) _____ жұмыс істейді/істемейді (астын сызыңыз, жазыңыз) (работает/не работает (подчеркнуть, вписать))

Дезинфекциялау құралдарының болуы (атауы, кг) (Наличие Дезсредств (наименование, кг)) _____

3. Ұйым (бөлімше) басшысының Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О (при его наличии)

Руководителя организации (отделения))

4. Дезинфекциялау іс-шараларын ұйымдастыруға жауапты адам (Ответственный за организацию дезинфекционных мероприятий)

тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лаузымы (фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность)

6. Бактериологиялық және химиялық талдаулардың нәтижелері (Результаты бактериологических и химических анализов)

Объектіге бару күні (айы, күні) (Дата посещения объекта (Месяц, число))	Бактериологиялық бақылау (Бактериологический контроль)		Химиялық бақылау (Химический контроль)		
	Алынған үлгілер саны (Число отобранных образцов)	Оның ішінде қанағаттанарлықсыз нәтижемен (Из них с неудовлетворительным результатом)	Дезинфекциялау ерітінділерінен алынған сынамалар саны (Число отобранных проб дезрастворов)	Олардың ішінен Из них	
				Шоғырлануы төмен (Заниженной концентрации)	Шоғырлануы жоғары (Завышенной концентрации)
1	2	3	4	5	6
Тексеру кезінде анықталды (При проверке установлено)	Ұсынылды (мерзімдері нақтылана отырып) (Предложено (с уточнением сроков)		Орындаушының қолы (тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) исполнителя)		
7	8		9		

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
288-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
288- қосымша
Приложение 288
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " ____ " _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 288/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 288/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20____ года № _____

Дезинсекциялауға, дератизациялауға берілетін наряд

Наряд на дезинсекцию, дератизацию № _____

1. Шаруашылық жүргізуші объектінің толық атауы (Полное наименование хозяйствующего
объекта) _____

2. Мекенжайы (Адрес) _____

3. Жәндіктің, кеміргіштің түрі (Вид насекомого, грызуна) _____

4. Алаңда шарт немесе өтінім бойынша дезинсекциялау, дератизациялау
орындалды (Выполнена дезинсекция, дератизация по договору или

заявке на площади) _____м2

5. Өңдеу күні (Дата обработки) _____

6. Дезинфекциялауға өтінім қабылданды (Заявка на дезинфекцию принята)
ұйымның атауы (наименование организации) _____

Өңделген заттар, үй-жайлар, аумақтар (Обработаны вещи, помещения, территории)	Жұмсалған инсектицидтер, ратицидтер (Расход инсектицидов, ратициды)	
	Атауы (Наименование)	Саны (кг) (Количество (кг))
1	2	3

Дезинсекциялауды, дератизациялауды орындаған адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда),

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии), лица выполнявшего дезинсекцию, дератизацию) _____

Қолы (Подпись) _____

Жұмыс орындалды, наразылық жоқ (Работа выполнена, претензий нет) _____

Тапсырыс беруші өкілінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) мен қолы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и подпись ответственного представителя заказчика)

_____ Қолы (подпись) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
289-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
289- қосымша

Приложение 289
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	жылғы "___" _____ № _____ _ бұйрығымен бекітілген № 289/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 289/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ __ года № _____

Қорытынды дезинфекциялауға берілетін наряд

Наряд на заключительную дезинфекцию

№ _____ (от) "___" _____ 20__ ж. (г.) _____ сағ. (час) _____ мин

Дезинфекциялауға өтінім қабылданды (Заявка на дезинфекцию принята) ұйымның атауы (наименование организации) _____

_____ Науқас адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного человека) _____ жасы (возраст) _____

_____ Мекенжайы (Адрес) _____

_____ Диагнозы (Диагноз) _____

_____ Емдеуге жатқызылды (Госпитализация состоялась) 20__ ж.(г.) _____ сағ. (час) _____ мин
_____ Үйде қалдырылды (оставлен дома) _____

Дезинфекциялауға наряд тапсырылды (Наряд на дезинфекцию вручен) 20__ ж.(г.) _____ сағ. (час) _____ мин. Қорытынды дезинфекция жүргізуге негіздеме (НК) (Основание проведения заключительной дезинфекции (НД): _____

_____ Дезинфекциялау нұсқаушысы (Дезинструктор) _____ Дезинфекциялаушы (Дезинфектор) _____ Диспетчер _____

_____ Нарядтың орындалуы (Выполнение наряда)

Дезинфекциялау басталды (дезинфекция начата) 20__ ж.(г.) "___" "___" (добавить) _____ сағ. (час) _____ мин. Аяқталды (окончена) 20__ ж.(г.) "___" "___" _____ сағ. (час) _____ мин.

Дезинфекциялаудың жүргізілмеуі немесе кеш орындалуының себебі (Причины не состоявшейся или поздней дезинфекции): _____

Объектілер тізбесі	Өлшем бірлігі	Орындалды	Жұмсалған дезинфекциялау заттарының атауы	
--------------------	---------------	-----------	---	--

(Перечень объектов)	(Единица измерения)	(Выполнено)	(Наименование израсходованных дезинфицирующих средств)	Мөлшері, кг (Количество в кг.)
Үй-жай беттерінің шаршы метрін дезинфекциялау (еден, қабырға, қатты жиһаз), құралдар, жабдықтар (Дезинфекция кв.м. поверхностей помещений (пол, стены, жесткая мебель) приборы оборудования)	м2			
Жұмсақ беттердің шаршы метрін дезинфекциялау (кілем және басқа еден жабындары, қаптау маталары, жұмсақ жиһаз) (Дезинфекция квадратного метра мягких поверхностей (ковровые и прочие напольные покрытия, обивочные ткани, мягкая мебель))	м2			
Бөлінділермен ластанбаған ішкі киімді дезинфекциялау (Дезинфекция белья, незагрязненного выделениями)	кг			
Бөлінділермен ластанған ішкі киімді дезинфекциялау (Дезинфекция белья, загрязненное выделениями)	кг			
Тамақ қалдығы бар ыдыс жинағын дезинфекциялау (Дезинфекция комплект посуды с остатками пищи)	жинақ комплект			

Тамақ қалдығынсыз ыдыс жинағын дезинфекциялау (Дезинфекция комплект посуды без остатков пищи)	жинақ комплект			
Тамақ қалдықтарын дезинфекциялау (Дезинфекция остатков пищи)	кг			
Ойыншықтарды дезинфекциялау (Дезинфекция игрушек)	дана шт			
Жинау мүкәммалы ж и н а ғ ы н дезинфекциялау ((Дезинфекция комплекта уборочного инвентаря)	дана шт			
Түкіргішті дезинфекциялау ((қакырыкпен) (Дезинфекция плевательницы (с мокротой))	дана шт			
Түкіргішті дезинфекциялау ((қакырыксыз) (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-техн и к а л ы қ жабдықтарды дезинфекциялау	дана шт			

(Дезинфекция санитарно-технического оборудования)				
Күрелген қоқыс төгетін орды дезинфекциялау (Дезинфекция выгребной ямы)	м3			
Резеңке кілемшені дезинфекциялау (Дезинфекция резиновых ковровиков)	дана шт			
Аулалық дәретхананы дезинфекциялау (Дезинфекция надворного туалета)	м2			
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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 290/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 290/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20 ____ года № ____

Иммундық-ферменттік талдау нәтижесі

Результат иммуноферментного анализа № _____

" ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда),

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого) _____

2. Жасы (Возраст) _____

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

4. Жұмыс орны (Место работы) _____

5. Диагнозы (Диагноз) _____

6. Үлгіні жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения направившего образец)

7. Сынама атауы (Наименование пробы) _____

8. Сынаманы бірінші рет немесе қайталап зерттеу (первичное или повторное исследование пробы)

9. Материал алу күні және уақыты (Дата и время забора материала) _____

10. Сынама жеткізілген күні, уақыты (Дата и время доставки пробы) _____

11. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____

12. Тексеру мақсаты (Цель обследования) _____

13. Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований):

14. Қоздырғышқа антиденелер (антитела к возбудителю) _____

15. Зерттеу әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний) _____

16. Антигендер (антигены) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность, ЭЦП специалиста, проводившего исследование).	_____ _____ _____
Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда), Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП).	_____ _____

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуға жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
291-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
291- қосымша
Приложение 291
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "____" _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 291/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 291/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ года №____</p>

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 өсірілген (Выделенная культура)	Микробқа қарсы препараттардың атаулары (Наименование антимикробных препаратов)	Өсудің желу аймағының диаметрі (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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 292/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " ____ 20 ____ года № ____

Адамдардан алынған материалдарды серологиялық зерттеулер нәтижесі
Результат серологических исследований материала от людей

№ ____ " ____ " ____ 20 ____ ж. (г.)

1. Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда),
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого) _____

2. Жасы (Возраст) _____

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

4. Жұмыс орны (Место работы) _____

5. Диагнозы (Диагноз) _____

6. Үлгіні жіберген мекемелердің атауы (Наименование учреждений направивший образец) _____

7. Сынаманың атауы (Наименование пробы) _____

8. Бірінші рет немесе қайталап (первичное или повторное) _____

9. Сынама алынған күні, уақыты (Дата и время забора материала) _____

10. Материалды жеткізу күні және уақыты (Дата и время доставки материала) _____

11. Тексеру мақсаты (Цель обследования) _____

12. Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний) _____

13. Қоздырғыштарға антиденелерді анықтау кезіндегі серологиялық зерттеу нәтижелері

(Результаты серологических исследований при выявлении антител к возбудителям):

1) Иерсиниоз (Иерсиниоз) _____

2) Жалған туберкуллез (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, 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 испытанием)

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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 293/y Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20____ года № _____

Микробтарға қарсы препараттарға сезімталдықты анықтау нәтижесі

Результат определения чувствительности к антимикробным препаратам

№ _____ от " _____ " _____ 20 ____ ж. (Г.)

1. Үлгіні жолдаған мекемелердің атауы (Наименование учреждений направивший образец)

2. Сынама атауы (Наименование пробы)

3. Жарамдылық мерзімі (сроки годности)

4. Материалды жеткізу күні және уақыты (Дата и время доставки материала)

5. Материалды алу күні және уақыты (Дата и время забора материала)

6. Тексеру мақсаты (Цель обследования)

7.Зерттеу/сынақ әдісіне арналған НК (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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 294/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20 ____ года № _____

Полимераздық тізбекті реакция нәтижесі

Результат полимеразной цепной реакции

Сынама нөмірі № _____ (жылғы)

Номер пробы № _____ от _____ (г.)

1. Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)

(Фамилия, имя, отчество обследуемого (при его наличии)) _____

2. ЖСН (ИИН) _____

3. Жасы (Возраст) _____

4. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

5. Жұмыс орны (Место работы) _____

6. Байланыс телефоны (Контактный телефон) _____

7. Үлгіні жіберген мекеменің атауы (Наименование организации направившего образец) _____

8. Сынаманың атауы (Наименование пробы) _____

9. Материалды жеткізу күні және уақыты (Дата и время доставки материала) _____

10. Сынама алынған күні, уақыты (Дата и время забора) _____

11. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____

12. Тексеру мақсаты (Цель обследования) _____

13. Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований):

/ПТР/инфекцияның түрін көрсету ПЦР на /указать вид инфекции _____

14. Зерттеу НҚ-ға сәйкестікке жүргізілді

(Исследование проводилось на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы.

(Ф.И.О. (при его наличии), должность, ЭЦП специалиста, проводившего исследование).

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда), Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП).	
--	--

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
295-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
295- қосымша
Приложение 295
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 295/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 295/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20 ____ года № _____

Санитариялық-эпидемиологиялық қорытынды

Санитарно-эпидемиологическое заключение № _____

" _____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Санитариялық-эпидемиологиялық сараптау (Санитарно-эпидемиологическая экспертиза)

("Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 20-бабына сәйкес санитариялық-эпидемиологиялық

сараптама жүргізілетін объектінің толық атауы) _____

(Полное наименование объекта санитарно-эпидемиологической экспертизы, в соответствии со статьей 20 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения") Жүргізілді (Проведена) _____

_____ өтініш, нұсқама, қаулы бойынша, жоспарлы және басқа да түрде (күні, нөмірі) (по обращению, предписанию, постановлению, плановая и другие (дата, номер)) _____

2. Тапсырыс (өтініш) беруші (Заказчик) (заявитель) _____

Шаруашылық жүргізуші субъектінің толық атауы (тиесілігі), объектінің мекенжайы /орналасқан орны, телефоны, басшысының тегі, аты, әкесінің аты (Полное наименование хозяйствующего субъекта (принадлежность), адрес/месторасположение объекта, телефон, фамилия, имя, отчество руководителя)

3. Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама жүргізілетін объектінің қолданылу саласы (Область применения объекта санитарно-эпидемиологической экспертизы) _____

сала, қызмет түрі, орналасқан орны, мекенжайы (сфера, вид деятельности, месторасположение, адрес)

4. Жобалар, материалдар әзірленді (дайындалды) (Проекты, материалы разработаны (подготовлены) _____

5. Ұсынылған құжаттар (Представленные документы) _____

6. Өнімнің үлгілері ұсынылды (Представлены образцы продукции) _____

7. Басқа ұйымдардың сараптау қорытындысы (егер болса) (Экспертное заключение других организации (если имеются) _____

қорытынды берген ұйымның атауы (наименование организации выдавшей заключение)

8. Сараптама объектісінің толық санитариялық-гигиеналық сипаттамасы және оны бағалау (көрсетілетін қызметке, процеске, жағдайға, технологияға, өндіріске, өнімге) (Полная санитарно-гигиеническая характеристика и оценка объекта экспертизы (услуг, процессов, условий, технологий, производств, продукции) _____

9. Құрылыс салуға бөлінген жер учаскесінің, реконструкцияланатын объектінің сипаттамасы (өлшемдері, ауданы, топырағының түрі, учаскенің бұрын пайдаланылуы, жерасты суларының тұру биіктігі, батпақтанудың болуы, желдің басым бағыттары, санитариялық-қорғау аумағының өлшемдері, сумен жабдықтау, кәріз, жылумен жабдықтау мүмкіндігі және қоршаған орта мен халықтың денсаулығына әсері, дүние тараптары бойынша бағыты)

(Характеристика земельного участка под строительство, объекта реконструкции; размеры, площади, вид грунта, использование участка в прошлом, высота стояния грунтовых вод, наличие заболоченности, господствующие направления ветров, размеры санитарно-защитной зоны, возможность водоснабжения, канализования, теплоснабжения и влияния на окружающую среду и здоровью населения, ориентация по сторонам света)

10. Зертханалық және зертханалық-аспаптық зерттеулер мен сынақтардың хаттамалары, сонымен қатар бас жоспардың, сызбалардың, фотосуреттердің

көшірмелері

(Протоколы лабораторных и лабораторно-инструментальных исследований и испытаний, а также выкопировки из генеральных планов, чертежей, фото) _____

Санитариялық-эпидемиологиялық қорытынды
(Санитарно-эпидемиологическое заключение)

("Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодекстың 20-бабына сәйкес санитариялық-эпидемиологиялық сараптама объектісінің толық атауы)

(Полное наименование объекта санитарно-эпидемиологической экспертизы, в соответствии со статьей 20 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения")

_____ (санитариялық-эпидемиологиялық сараптама негізінде) (на основании санитарно-эпидемиологической экспертизы) _____

Санитариялық қағидалар мен гигиеналық нормативтерге (Санитарным правилам и гигиеническим нормативам) сәйкес келеді (соответствует) _____

Ұсыныстар (Предложения) _____

("Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодекстың негізінде осы санитариялық-эпидемиологиялық қорытындының міндетті күші бар.) (На основании Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" настоящее санитарно-эпидемиологическое заключение имеет обязательную силу)

Мөр орны (Бас мемлекеттік санитариялық дәрігер (орынбасары) _____

_____ тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) қолы)

Место печати (Главный государственный санитарный врач (заместитель)) _____

_____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына

296-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

296- қосымша

Приложение 296

к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 296/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 296/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20 ____ года № ____

**Жұмыскерде кәсіптік аурудың (уланудың) болуына күдіктену кезіндегі еңбек шарттарының
№ ____ санитариялық-эпидемиологиялық сипаттамасы**

**Санитарно-эпидемиологическая характеристика условий труда работающего при
подозрении 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-біреттік (максимально разовая)	орта ауысымдық (среднесменная)			ең көп-біреттік (максимально разовая)	орта ауысымдық (среднесменная)	ең көп-біреттік (максимально разовая)	орта ауысымдық (среднесменная)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Ескертпе (примечание):

Қорытынды (заключение):

3. Иондалмаған сәулелену. (Неионизирующие излучение):

4. Иондалған сәулелену (Ионизирующее излучение):

5. Шу, діріл (Шум, вибрация):

Сандық сипаттамасы (Количественная характеристика):

жылдар (годы)	ауысымдағы баламалы деңгейі (эквивалентный уровень за смену)	жұмыс өтіліндегі экспозиция (экспозиция за рабочий стаж)
------------------	---	---

Ескертпе (примечание):

Қорытынды (заключение):

6. Микроклимат (Микроклимат): температура (температура), салыстырмалы ылғалдылық, (относительная влажность), ауа қозғалысы жылдамдылығы (скорость движения воздуха), жылумен сәулелену қарқындылығы (интенсивность теплового излучения). Үнемі немесе уақытша әсер ету, жылумен сәулелену көздері (Постоянное или непостоянное воздействие, источники теплового излучения).

жылдар (годы)	Температура, оС		Салыстырмалы ылғалдылық, % (Относительная влажность, %)		ауа қозғалысы жылдамдылығы, м/с (Скорость движения воздуха, м/с)		жылылық сәулелену қарқындылығы (Интенсивность теплового излучения)	
	ШРД ПДУ	Факт	РДШ ПДУ	Факт	РДШ ПДУ	Факт	РДШ ПДУ	Факт

Ескертпе (примечание):

Қорытынды (заключение):

Сандық сипаттама (Количественная характеристика): рұқсат етілген

мәндер шегінен шыққан көрсеткіштер тізбесі, олардың шамасы мен әсер ету ұзақтығы (перечень показателей, выходящих за пределы допустимых значений, их величины и продолжительность воздействия):

7. Еңбек процесінің факторлары (Факторы трудового процесса): жұмыс орынын ұйымдастыру, физикалық жүктеме, көзге түсетін салмақ, еңбек және демалыс режимі (организация рабочего места, физическая нагрузка, зрительное напряжение, режим труда и отдыха). Жұмыс қалпы (Рабочая поза): бос, мәжбүрлі (свободная, вынужденная). Ауысымның жұмыс уақытынан пайызбен мәжбүрлі қалыпта болуы пайызбен (Нахождение в вынужденной позе в процентах от рабочего времени смены). Корпустың 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 (ЖҚК) (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 (Закключение 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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 297/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ года №____

Наряд бойынша дезинфекциялау жүргізу туралы анықтама №_____

Справка о проведении дезинфекции по наряду №_____

(от) "____" _____ күні 20__ ж. (г.) сағ. (час) _____ мин _____

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Жасы (Возраст) _____

Мекенжайы (Адрес) _____

Диагнозы (Диагноз) _____

Дезинфекциялау жүргізген адам (Дезинфекцию проводил) _____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Қолы (Подпись) _____

Пәтер иесінің наразылығы жоқ, _____ сағ. (час) _____ мин. жадынамамен таныстырылды.

(Владелец квартиры претензий не имеет, _____

с памяткой ознакомлен)

Пәтер иесінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда),
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) владельца квартиры)

Қолы (Подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
298-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
298-қосымша

Приложение 298
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 298/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 298/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20 _____ года № _____

Заттарға берілетін түбіртек

Квитанция на вещи № _____

Наряд бойынша (По наряду) № _____

Тұлғадан қабылданды (Приняты от физического лица) _____

Мекенжайы (Адрес) _____

Дезинфекциялау себептері (Для дезинфекции по поводу) _____

Қорытынды дезинфекция жүргізуге негіздеме (НҚ) (Основание проведения заключительной дезинфекции (НД) _____

№	Заттардың атауы (Наименование вещей)	Мөлшері (Количество)
1		
2		

"__" _____ 20__ ж.(г.) заттар дезинфекциялауға тапсырылды
(вещи сдал в дезинфекцию) _____

тұлғаның қолы (подпись физического лица)

Заттарды камералық дезинфекциялауға қабылдады (Вещи для камерной дезинфекции принял) _____

Дезинфекциялаушының қолы (подпись дезинфектора)

Наразылығым жоқ (Претензий не имею) _____

Заттарды алғаны туралы иесінің қолы (Подпись владельца о получении вещей) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№__ бұйрығына
299-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
299-қосымша
Приложение 299

к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "____" _____ №____ _ бұйрығымен бекітілген № 299/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 299/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ __ года №____

№ _____ су қоймасының паспорты

Паспорт водоема № _____

1. Су қоймасының орналасқан жері (ауданы, елді мекеме) (Место расположения водоема (район, населенный пункт)) _____

2. Паспорттың толтырылған күні (Дата заполнения паспорта) "____" _____

3. Шаруашылық мақсаты (Хозяйственное назначение) _____

4. Тұрғын үй құрылысынан арақашықтық (Расстояние от построек жилых) _____
м,

мал шаруашылығынан (животноводческих) _____ м

5. Су қоймасының карта-схемасы (суреті паспорттың артқы бетіне салынады) (Карта-схема водоема (рисуеться 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		Дәрінесілдердің 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, басқару, биологиялық агенттер) Биологические (гамбузиротер, даму ингибиторлары) Биологиялық (гамбузиротер, даму ингибиторлары) Биологические (гамбузиротер, даму ингибиторлары)	Химиялық (инсектицидтер, даму ингибиторлары) Химические (инсектициды, ингибиторы развития)	Физикалық (мұнай өнімдері ЖМС және ЖМҚ) Физические (нефтепродукты, ВЖС и ВЖК)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Паразитолог _____

Энтомолог _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
300-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
300-қосымша
Приложение 300
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
от " ____ " ____ 20 ____ года
№ ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " ____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 300/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 300/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " ____ 20 ____ года № ____</p>

Аса қауіпті инфекцияларды тасымалдаушы иксод кенелерінің болуына аумақты барлап зерттеп-қарау нәтижелерін есепке алудың жиынтық тізімдемесі

Сводная ведомость учета результатов рекогносцировочных обследований территорий на наличие иксодовых клещей-переносчиков особо опасных инфекций

20 ____ ж. (Г.)

	Аумақтың ландшафтты сипаты (Ландшафтная характеристика территории)	Кезеңдер түрі	Материалды алу орны (әкімшілік ауданның атауы мен тексеру нүктесі) (Место добычи материала (название административной территории))	Жиналған кенелер (Собрано клещей)	Кенелердің түрі (Виды клещей)	Барлығы (Всего) %

Тіркеу нөмірі (Регистрацион ный номер)		(ашық, жабық) (Тип стадии (открытый, закрытый))	вного района и точка обследования))			
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы/ Продолжение таблицы

Кенелер санының көрсеткіштері (флаго-сағат) (Показатели численности клещей на (флаго-часов))		Зертханалық зерттеу деректері (Данные лабораторного исследования)			
Имаго	Басқа фазалар (Другие фазы)	Тексерілген қорлар саны (Число обследованных пулов)	Бөлінген өсірінділер (Выделено культур)	ПТР ПЦР, %	Бөлінген өсірінділер/ % (Выделено культур, %)
8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
301-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
301-қосымша

Приложение 301
к приказу

Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " " _____ №____ _ бұйрығымен бекітілген № 301/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық		Медицинская документация Форма № 301/у

саламаттылығы саласындағы
мемлекеттік органының немесе
ұйымының атауы
Наименование государственного
органа или организации в сфере
санитарно-эпидемиологического
благополучия населения

Утверждена приказом Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от "___" _____ 20__
года № _____

Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің органына келу туралы хабардар ету (хабарлама)

Уведомление (извещение) о явке в государственный орган санитарно-эпидемиологической службы

_____ Іс жүргізуге қатысушының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии) участника производства)

"Әкімшілік құқық бұзушылық туралы" Қазақстан Республикасы кодексінің _____ бабына сәйкес (ӘҚБК 744, 816-баптары) Сізге (В соответствии со статьей _____ Кодекса Республики Казахстан "Об административных правонарушениях" (ст.744, 816 КоАП) Вам необходимо явиться в) _____

_____, мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет органының атауын көрсету (указать наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы)

мына мекенжайға келуге тиіссіз: (по адресу) _____

_____ 20____ ж. _____ " " _____ сағат _____ мин _____. № _____ кабинет (" " _____ 20____ года к часам _____ мин. ____ в кабинет № _____) әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттаманы толтыру және түсініктеме беру/әкімшілік құқық бұзушылық туралы істі қарау үшін (қажеттісін сызып көрсету керек) келуіңіз қажет (для составления протокола об административном правонарушении и дачи объяснений/для рассмотрения дела об административном правонарушении (нужное подчеркнуть)).

Егер Сіз шақыртуға себепсіз келмесеңіз, ӘҚБтК-ның 744-бабы 4-тармағының, 790-бабы 1-тармағының ережелеріне сәйкес Сізді ішкі істер органдары әкелуі мүмкін (В случае неявки по вызову без уважительных причин, в соответствии с положением части 4 статьи 744, части 1 статьи 790 КоАП, Вы можете быть подвергнуты приводу органами внутренних дел).

Мынадай: адамның келу мүмкіндігінен айырған сырқаты, жақын туыстарының қайтыс болуы, дүлей зілзалалар, адамды белгіленген мерзімде келу мүмкіндігінен айыратын өзге де себептер шақыру туралы тиісінше хабардар етілген адамның келмеуінің дәлелді себептері танылады. Өзіне қатысты әкімшілік іс бойынша іс жүргізіліп жатқан жеке тұлға не заңды тұлғаның өкілі, әкімшілік жауаптылыққа

тартылатын кәмелетке толмаған адамның заңды өкілі шақыру бойынша белгіленген мерзімде келуге кедергі келтіретін дәлелді себептердің бар екендігі туралы өздерін шақырған органды хабардар етуге міндетті.

Уважительными причинами неявки лица, надлежаще извещенного о вызове, признаются: болезнь, лишающая возможности лицо явиться, смерть близких родственников, стихийные бедствия, иные причины, лишающие лицо возможности явиться в назначенный срок. О наличии уважительных причин, препятствующих явке по вызову в назначенный срок, физическое лицо либо представитель юридического лица, в отношении которого ведется производство по административному делу, законный представитель несовершеннолетнего лица, привлекаемого к административной ответственности, обязаны уведомить орган, которым они вызывались.

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы, оның орынбасары, аумақтық бөлімшелерінің басшы, оның орынбасары (керегінің астын сызыңыз) (Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, его заместитель, руководитель территориальных подразделений, его заместитель (нужное подчеркнуть))

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы, (Ф.И.О. (при его наличии), подпись)

Хабардар ету (хабарлама) (Уведомление (извещение)) получил (а) _____

_____ Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, алған күні, қолы, (Ф.И.О. (при его наличии), должность, дата получения, подпись)

Хабардар етуді (хабарламаны) қабылдаудан бас тарту туралы белгі (Отметка об отказе адресата принять уведомление (извещение)) _____

Хабардар етуді (хабарламаны) жіберу туралы белгі (Отметка о высылке уведомления (извещения)) заказным письмом или иными средствами связи) _____

күні, айы, жылы, түбіртек нөмірі және т.б. (число, месяц, год, № квитанции и др.)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
302-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 302-қосымша
 Приложение 302
 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 20 августа 2021 года
 № ҚР ДСМ-84
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " ____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 302/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 302/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " ____ 20 ____ года № ____

(Істің қаралатын уақыты мен орнын тағайындау туралы; іс бойынша адамдарды шақыру, қажетті қосымша материалдарды талап ету, қажет болған жағдайда сараптама тағайындау туралы; істі қарауды кейінге қалдыру туралы; егер осы істі қарау өзінің құзыретіне жатпаса не судьяға, лауазымды адамға қарсылық білдіру туралы ұйғарым шығарылса, әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттаманы және істің басқа да материалдарын ведомстволық бағыныстылығы бойынша қарауға беру туралы; ӘҚБтК-нің 812-бабына сәйкес істі мәні бойынша қарауға беру туралы) Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша процестік әрекеттер туралы анықтама

Определение о процессуальных действиях по делу об административных правонарушениях (о назначении времени и места рассмотрения дела; о вызове лиц, истребовании необходимых дополнительных материалов по делу, назначении экспертизы в случае необходимости; об отложении рассмотрения дела; о передаче протокола об административном правонарушении и других материалов дела на рассмотрение по подведомственности, если рассмотрение данного дела не относится к его компетенции либо вынесено определение об отводе судьи, должностного лица; о передаче дела для рассмотрения по существу в соответствии со статьей 812 Кодекса Республики Казахстан "Об административных правонарушениях" (далее - КоАП)).

20__ жылғы/года "_____" Іс (дело) №_____ Лауазымды тұлға - халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы, оның орынбасар, аумақтық бөлімшелерінің басшы мен оның орынбасары (Должностное лицо - руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, его заместитель, руководитель территориального подразделения, его заместитель) _____

_____ қатысты
құқық бұзушының Т.А.Ә.(ол болған жағдайда) көрсету (указать Ф.И.О.(при его наличии) правонарушителя)

ӘҚБтК _____ бабының _____ бөлігінде көзделген әкімшілік құқық бұзушылық туралы істі қарауға дайындаған кезде (при подготовке к рассмотрению дела об административном правонарушении, предусмотренного частью _____ статьи _____ КоАП) (в отношении) _____

Анықтады (Установил): ӘҚБтК-нің 813-бабына сәйкес анықтады/В соответствии со статьей 813 КоАП установил: _____

_____ аталған істі қарау өздерінің құзыретіне жататынын не жатпайтынын көрсету/указать относится ли к их компетенции рассмотрение данного дела

_____ аталған істі лауазымды адамның қарау мүмкіндігін болғызбайтын мән-жайлар бар-жоғын көрсету/указать имеются ли обстоятельства, исключающие возможность рассмотрения данного дела должностным лицом, предусмотренные статьей 814 КоАП

_____ өтінішхаттар, оның ішінде кәмелетке толмаған адамның қатысуымен болған істер бойынша істі кәмелетке толмаған адамның тұрғылықты жеріндегі сотта қарау туралы өтінішхаттар бар-жоғын көрсету/ указать имеются ли ходатайства, в том числе по делам с участием несовершеннолетнего, о рассмотрении дела в суде по месту жительства несовершеннолетнего и отводы

_____ ӘҚБтК-ның 744, 745, 746, 747 және 748-баптарында аталған тұлғаларға істің қаралатын орны мен уақыты туралы хабарланғанның не хабарланбағанын көрсету/ указать извещены ли о месте и времени рассмотрения дела лица, указанные в статьях 744, 745, 746, 747 и 748 КоАП.

Баяндалғанның негізінде, ӘҚБтК -нің 701, 812 - 814-баптарын, 816-бабының 1-бөлігін басшылыққа ала отырып (На основании изложенного, руководствуясь статьями 701, 812 - 814, частью 1 статьи 816 КоАП),

Анықтады (Определил):

Өндіріске қабылдау және істің қаралатын уақыты мен орнын тағайындау; іс бойынша адамдарды шақыру, қажетті қосымша материалдарды талап ету, (қажет болған жағдайда) сараптама тағайындау; істі қарауды кейінге қалдыру туралы; (егер осы істі қарау өзінің құзыретіне жатпаса не лауазымды адамға қарсылық білдіру туралы ұйғарым шығарылса) әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттаманы және істің басқа да материалдарын ведомстволық бағыныстылығы бойынша қарауға беру туралы; ӘҚБтК-нің 812-бабына сәйкес істі мәні бойынша қарауға беру туралы (принять к производству и назначить время и место рассмотрения дела; вызвать лиц, истребовать необходимые дополнительные материалы по делу, назначить экспертизу (в случае необходимости); об отложить рассмотрение дела; передать протокол об административном правонарушении и другие материалы дела на рассмотрение по подведомственности (если рассмотрение данного дела не относится к его компетенции либо вынесено определение об отводе должностного лица); передать дело для рассмотрения по существу в соответствии со статьей 812 КоАП)

керектісін көрсету (указать нужное)

қатысты ӘҚБтК-нің _____ бабының _____ бөлігінде көзделген әкімшілік құқық бұзушылық туралы (в отношении _____ по делу об административном правонарушении, предусмотренного частью _____ статьи _____ КоАП)

іс бойынша іс жүргізу тілі ретінде _____ (орыс, қазақ, басқа) анықталсын (языком производства по делу определить _____ (русский, казахский, другой).

Лауазымды тұлға - халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы, оның орынбасар, аумақтық бөлімшелерінің басшы мен оның орынбасары (Должностное лицо - руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, его заместитель, руководитель территориального подразделения, его заместитель) _____

Т.А.Ә (ол болған жағдайда) қолы/ подпись (Ф.И.О (при его наличии))

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша өндіріс қатысушылары танысқаны туралы белгі (Отметка об ознакомлении участников производства по делу об административном правонарушении) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
303-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
303-қосымша
Приложение 303
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 303/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 303/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20____ года № _____</p>

Полиомиелит немесе жіті енжар паралич жағдайын эпидемиологиялық тергеп-тексеру
Эпидемиологическое расследование случая полиомиелита или острого вялого паралича

1-бөлім. Жағдайды дереу тергеп-тексеру					
1-часть. Немедленное расследование случая					
1. Сәйкестендіру деректері					
Идентификационные данные					
Эпидемиологиялық					

нөм ірі Эп иде мио лог иче ски й ном ер			Тергеп-тексеру күні Дата расследования	күн день	ай мес яц	жыл год	
Тегі, аты, , эке сіні ң аты (ол бол ған жағ дай да) Фа мил ия, имя , отч ест во (при его нал ичи и)			Елді мекен атауы, мекенжайы Наименование населенного пункта, адрес				
Об лыс Об лас ть			Аудан Район				
Туған жылы Дата	күні день	айы мес яц	жылы год	Туған жылы белгісіз болған жағдайда, шамамен жасын көрсетіңіз Если дата рождения не известна, то укажите			Ә Ж

ро жде ния			примерный возраст		жынысы пол	Е М
Әке сіні ң тегі , аты , әке сіні ң аты (ол бол ған жағ дай да) Фа мил ия, имя , отч ест во (при его нал ичи и) отц а			Анасының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии) матери			
2. Тіркеу						
Регистрация						
Жағдайды тіркеу күні Дата регистрации случая			күні день	айы месяц	жылы год	
Науқас адамның ауруханаға жатқызылған күні Дата госпитализации больного человека			күні день	айы месяц	жылы год	
Медициналы қ ұйымның атауы Наименовани е			Ауру тарихы №			

медицинской организации		История болезни №		
Клиникалық диагноз Клинический диагноз		Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии)		
Науқас осы ауру бойынша басқа медициналық ұйымдарға медициналық көмекке жүгінген бе? (белгілеу) Обращался ли за медицинской помощью больной по поводу данного заболевания в другие медицинские организации (отметить)		иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно
Науқас жүгінген болса, медициналық ұйымның атауы мен жүгінген күнін көрсету Если больной обращался, то указать наименование медицинской организации и дату обращения				
2. Ауру тарихы мен симптомдары				
История болезни и симптомы				
Паралич (парез) басталған күн Дата начала паралича (пареза)		күні день	айы месяц	жылы год
Науқас қайтыс болған жағдайда, қайтыс болғанын күнін көрсету Если больной умер, то указать дату смерти		күні день	айы месяц	жылы год
Егер науқас адамның анамнезінде паралич, тырысу немесе басқа неврологиялық бұзылулар – бұлшықет гипотониясы болса, көрсетіңіз Если у больного человека в анамнезе параличи, судороги или другие неврологические расстройства – мышечная гипотония, то укажите		иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно
Көрсетіңіз Укажите	Енжар паралич (жылдам 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?		иә	жоқ	белгісіз

Было ли повышение температуры тела в начале заболевания (паралича)?				да		нет		неизвестно	
Паралич асимметриялық па?				иә		жоқ		белгісіз	
Паралич асимметричный?				да		нет		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	Б е т бұлшықеті Мышцы лица		иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно
Оң қол Правая рука		иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	Баскалары (көрсетіңіз) Другие (укажите)		иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно
Қолдың параличі Паралич рук	проксималды проксимальный		дисталды дистальный		Екеуі де оба		жоқ нет		белгісіз неизвестно
Аяқтың параличі Паралич ног	проксималды проксимальный		дисталды дистальный		Екеуі де оба		жоқ нет		белгісіз неизвестно
Жүйке функциясының сезімталдығын жоғалту Утрата чувствительности функции нерва				иә да		жоқ нет		белгісіз неизвестно	
Ауруға дейін 28 күн ішінде науқас басқа елді мекендерге (елдерге) барды ма? Выезжал ли больной в другие населенные пункты (страны) в течение 28 дней до заболевания?				иә да		жоқ нет		белгісіз неизвестно	
Барған болса, көрсетіңіз Если выезжал, то укажите	бастап с					дейін до			
		күні день	айы месяц	жылы год				күні день	айы месяц
Қайда (ел, елді мекен) Куда (страна, населенный пункт)									

Соңғы 60 күн ішінде науқас адамның айналасында параличтің басқа жағдайлары болды ма? Были ли другие случаи параличей в окружении больного человека за последние 60 дней?	иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно
4. Егу анамнезі Прививочный анамнез			
Иммундау кезінде алынған ауыз арқылы қабылдайтын полиомиелит вакцинасы (АПВ) дозаларының саны Количество доз оральной полиомиелитной вакцины (ОПВ), полученных в ходе иммунизации	жоспарлы плановая		
	қосымша дополнительная		
Соңғы АПВ екпесінің күні Дата последней прививки ОПВ	күні день	айы месяц	жылы год
5. Нәжіс үлгілерін жинау Сбор образцов фекалия			
Нәжістің бірінші үлгісінің алынған күні Дата взятия первого образца фекалия	күні день	айы месяц	жылы год
Нәжістің екінші үлгісінің алынған күні Дата взятия второго образца фекалия	күні день	айы месяц	жылы год
Нәжіс үлгілерін вирусологиялық зертханаға жіберу күні Дата отправки образцов фекалия в вирусологическую лабораторию	күні день	айы месяц	жылы год
Эпидемиологиялық тергеп-тексеру жүргізген мамандар Специалисты, проводившие эпидемиологиологическое расследование:			
Эпидемиологтың тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии) эпидемиолога			
Клиницисттің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии) клинициста			
2-бөлім. 60 (90) күннен кейін науқас адамның жағдайын бағалау 2-часть. Оценка состояния больного человека через 60 (90) дней			
Эпидемиологиялық нөмірі Эпидемиологический номер	Тергеп-тексеру күні Дата расследования		
	күні день	айы месяц	жылы год

Науқас адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного человека		Елді мекен, мекенжай Населенный пункт, адрес					
Облыс Область		Аудан Район					
Туған күні Дата рождения				Туған күні		жынысы	Ә
	күн і ден ь	айы месяц	жылы год	белгісіз болған жағдайда, шамамен жасын көрсетіңіз Если дата рождения неизвестна, то укажите примерный возраст		пол	Ж
60 (90) күннен кейін қарап-тексеру жүргізілді ме? Проведен ли осмотр через 60 (90) дней?					иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно
Жүргізілмеген жағдайда, себебін көрсетіңіз Если не проведен, то укажите причину					Науқас бақылаудан шықты больной выбыл из-под наблюдения		
					Науқас қайтыс болды больной умер		
Жүргізілген жағдайда параличтің (парез) болуын көрсетіңіз Если проведен, то укажите наличие параличей (парезов)					иә да	жоқ нет	басқашы другое
Науқас адамның жағдайына бағалау жүргізген медициналық ұйымның атауы Наименование медицинской организации, где проведена оценка состояния больного человека							

Бағалауды жүргізген мамандар Специалисты, проводившие оценку:	
Клиницисттің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии) клинициста	
Эпидемиологтың тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии) эпидемиолога	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
304-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
304-қосымша
Приложение 304
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 304/е нысанды медициналық құжаттама
		Медицинская документация Форма № 304/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20 ____ года № _____

Стационарлардағы сүтқоректілер санын есепке алу бойынша жұмысты есепке алу күнделігі **Дневник учета работы на стационарах по учету численности млекопитающих**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

--	--	--	--	--	--

Күні (Дата)	Стационардың № (№ стационара)	Аулау құралдарының саны, дана (Количество орудий улова, штук)		Ұсақ сүт қоректілердің жалпы саны, бірлік (Общее количество мелких млекопитающих, единиц)	Материалды алу орны (әкімшілік ауданының атауы мен тексеру нүктесі) (Место добычи материала (Название административного района и точка обследования))	Сұр тышқандар (Полевки)			
		Торлар (Ловушки)	Қапқан (Капкан)			Табындық (Стадная)	Қызыл сібірлік (Красно Сибирская)	Экономка (Экономка)	Кәдімгі (Обыкновенная)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Су сұр тышқаны (Водяная полевка)	Ондатра (Ондатра)	Тышқандар (Мыши)					Жәндік қоректілер (Насекомоядные бурозубки)			Сұр егеуқұйрық (Пасюк)	Атжалман (Хомяк)
		Орман тышқаны (Лесная)	Кішкентай тышқан (Малютка)	Тышқан (Мышевка)	Үй тышқаны (Домовая)	Дала тышқаны (Полевая)	Кәдімгі (Обыкновенная)	Арктикалық (Арктическая)	Кіші (Малая)		
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Күнделік жүргізуге жауапты адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при его наличии) лица ответственного за ведение дневника) _____

Қолы (Подпись) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ _____ бұйрығына
305-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
305-қосымша
Приложение 305

к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "____" _____ № ____ б ұйрығымен бекітілген № 305/е ны санды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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) _____

Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)	Алынған өнім (тауар) үлгілерінің атауы, өндірушісі (Наименование отобранных образцов продукции (товара), производитель)	Алынған үлгілер саны (Количество отобранных образцов, ед.)	Үлгінің салмағы, көлемі (Вес, объем образца)	Өнім туралы сәйкестендіру мәліметтері (өндірілген күні, жарамдылық мерзімі, сериясы, партия нөмірі, т.б.). (Идентификационные сведения о продукции (дате производства, срок годности, серия, номер партии, т.д.))	Өнімнің (тауардың) сынамасының жалпы бағасы (Общая цена пробы продукции (товара))	Пломба салу барысында қаптаманың түрі (Вид упаковки при опломбировании)	Пломба нөмірі (Номер пломбы)
1	2	3	4	5	6	7	8

Сынама алу барысына қатысқан объекті өкілінің (лауазымы), Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)

(Должность), Ф.И.О (при его наличии). представителя объекта, в присутствии которого произведен отбор) _____

Қолы (Подпись) _____

Үлгілерді сатып алуды жүзеге асырған адамның лауазымы Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)

(Должность, Ф.И.О. (при его наличии). лица производившего закуп образцов) _____

Қолы (Подпись) _____

Өнімдер мен тауарларды сатып алу төлем құжатымен расталды

(Закуп продукции товаров подтвержден платежным документом) _____

төлем құжатының түрі, күні, нөмірі (вид платежного документа, дата, номер)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
306-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
306-қосымша

Приложение 306
к приказу

Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 306/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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 (Регистра ционный номер)	Шешім шығарылған күн (Дата вынесения решения)	Шығаруға негіз (Основание вынесения)	Сатып алынатын өнімнің атауы ((Наименовани е продукции, подлежащей закупу)	Сатып алуға уәкілетті лауазымды адамдар (Должностные лица , уполномочен ные на проведение закупа)	Сатып алу нәтижесі туралы ақпарат (Отметка о результатах закупа)	Ескертпе (Примечание)
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ __ бұйрығына
307-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
307-қосымша
Приложение 307
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _____жылғы " __ " _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 307/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере		Медицинская документация Форма № 307/y 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.)

Тіркеу нөмірі (Регистра ционный номер)	Хабарламан ың шығарылған күні (Дата вынесения уведомлени я)	Сатып алу жүргізілген бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі, атауы, ЖСН /БСН, мекенжайы, сатып алу күні (Дата Субъект (объект) контроля и надзора у которого проведен закуп (Наименован ие, ИИН/ БИН, адрес, дата закупа)	Өнімді (тауарды) сатып алу күні (Дата закупа продукции (товара))	Сатып алынған өнімнің (тауардың) атауы (Наименован и е закупленно й продукции (товара))	Бақылау мақсатында сатып алу туралы шешімнің күні және нөмірі (Дата и номер решения о проведении контрольно го закупа)	Хабарламан ы дайындады (маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) лауазымы, қолы) (Уведомлени е подготовлен о (Ф.И.О.(при его наличии), должность, подпись специалиста)	Ескертпе (Примечание)
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ __ бұйрығына

308-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

308-қосымша

Приложение 308

к приказу

Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі</p> <p>Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " ____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 308/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң</p> <p>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</p> <p>Форма № 308/у</p> <p>Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " ____ 20 ____ года № ____</p>

Токтатыла тұрған тауарлар (әкелуге уақытша тыйым салынған тауарлар) туралы хабарламаларды есепке алу журналы

Журнал учета уведомлений приостановленных товаров (временно запрещенных для ввоза товаров)

Санитариялық-карантиндік пункт
(Санитарно-карантинный пункт (СКП))

Хабарламаның № № уведомление	Тыйым салу күні (Дата наложения запрета)	Тасымалдаушыға немесе жүкке қатысты уәкілеттік берілген басқа адамға хабарлама жіберу (Направление уведомления перевозчику или иному уполномоченному в отношении грузов лицу)	Әкелуге тыйым салынған тауардың (контейнердің) атауы (Наименование товара (контейнера), ввоз которого запрещен)	СЭҚТН коды (Код ТНВЭД)	Бақылаудағы тауарлардың жалпы салмағы (Общий вес подконтрольного товара)
1	2	3	4	5	6

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Партия саны	Берілген құжаттар (инвойс, жүк құжаты, МТК) (Представленные документы)	Тауарлардың әкелінуіне тыйым салу себебі (Причина)	Тауарлардың әкелінуіне рұқсат беру күні	Еуразиялық экономикалық одақ аумағына өту үшін негіздеме (құжат деректемелері) (Основание пропуска на	Бақылаудағы тауарлардың санитариялық-карантиндік бақылауды есепке алу журналына сәйкес тауардың реттік нөмірі (У-3) (Порядковый
-------------	--	---	---	---	--

(Количество партии)	(инвойс, накладной, СГР)	запрета ввоза товаров)	(Дата разрешения ввоза товаров)	территорию Евразийского экономического союза (реквизиты документа))	номер товара согласно журнала учета санитарно-карантинного контроля подконтрольных товаров (У-3))
7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
309-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
309-қосымша

Приложение 309
к приказу

Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " " _____ № ____ _ бұйрығымен бекітілген № 309/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 309/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20____ года № _____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы рұқсат беру құжатының қолданылуын тоқтата тұру туралы қаулы

Постановление о приостановлении действия разрешительного документа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения № _____

20____ жылғы (года) " " _____ (город) _____ қаласы

Бас мемлекеттік санитариялық дәрігер (орынбасары) Главный государственный санитарный врач (заместитель) _____
_____ (керегінің астын сызыңыз) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии)) _____

ұсынылған материалдарды қарап (тексеру нәтижелері туралы акт), (рассмотрев представленные материалы (акт о результатах проверки)

_____ рұқсат құжаты тоқтатыла тұратын тапсырыс беруші (өтінім беруші) туралы мәліметтер: шаруашылық жүргізуші субъектінің толық атауы (тиесілігі), объектінің мекенжайы/орналасқан жері, телефоны, басшысының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Сведения о заказчике (заявителе), чей разрешительный документ приостанавливается: (полное наименование хозяйствующего субъекта (принадлежность), адрес/месторасположение объекта, телефон, Фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя)

_____ қызмет түрі (вид деятельности)

_____ Объектінің немесе жобалау құжаттамасының толық атауы (Полное наименование объекта или проектной документации)

_____ Рұқсат құжатының күні, нөмірі (Дата, номер разрешительного документа)
Мынаны анықтадым (установил:) _____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілердің тармақтары талаптарының бұзылуын көрсетіңіз (Указать нарушения требований пунктов, статей нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 19-бабы 3-тармақшасының негізінде (На основании подпункта 3, ст.19 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения")

ҚАУЛЫ ЕТЕМІН:

ПОСТАНОВЛЯЮ:

Рұқсат құжатының қолданылуы тоқтатыла тұрсын
(Приостановить действие разрешительного документа)

20__ жылғы (года) " __ " __ № _____

рұқсат құжатының күні мен нөмірі (Дата и номер разрешительного документа)

20__ жылғы (года) " __ " __ дейін (до)

Рұқсат құжатының қолданылуын тоқтата тұру мерзімі
(Срок приостановления действия разрешительного документа)

20__ жылғы (года) " __ " ____

Рұқсаттар мен хабарламалардың мемлекеттік цифрлық тізіліміне рұқсат құжатының қолданылуын тоқтата тұру туралы мәліметтерді енгізу күні (Дата внесения сведений о приостановлении действия разрешительного документа в государственный цифровой реестр разрешений и уведомлений)

мына іс-шаралар орындалсын:
(Выполнить следующие мероприятия)

Осы қаулыны орындау туралы ақпарат (Информацию о выполнении настоящего постановления представить в) _____

_____ (к) 20__ жылғы (года) " __ " _____ ұсынылсын.

Рұқсат құжатының иесі денсаулық сақтау саласындағы рұқсат құжатының тоқтатыла тұру мерзімі өткенге дейін бұзушылықтардың жойылғаны туралы өтінішті ұсынбаған жағдайда, рұқсат құжатын берген лауазымды адамдар көрсетілген мерзім өткен кезден бастап он жұмыс күні ішінде рұқсат құжатынан сот тәртібімен айыруға (кері қайтарып алуға) бастама жасайды.

(В случае непредставления заявления об устранении нарушений владельцем разрешительного документа до истечения срока приостановления разрешительного документа в области здравоохранения должностные лица, выдавшие разрешительный документ, в течение десяти рабочих дней с момента истечения указанного срока инициируют лишение (отзыв) разрешительного документа в судебном порядке).

Осы қаулыны орындау үшін жауапкершілік (Ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на) _____

_____ жүктеледі
лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда),
(должность, (фамилия, имя, отчество (при его наличии)))

Осы қаулыға шағымды, наразылықты қаулының көшірмесі берілген күннен бастап он күн ішінде, ал егер ҚР ӘҚБ туралы кодексінің 744-748-баптарында көрсетілген адамдар істі қарауға қатыспаған болса, жағдайда оны алған күннен бастап беруге

болады. (Жалоба, протест на настоящее постановление могут быть поданы в течение десяти дней со дня вручения копии постановления, а в случае, если лица, указанные в статьях 744-748 КоАП РК, не участвовали в рассмотрении дела, - со дня ее получения.)

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қаулыға шағым сотқа, іс бойынша қаулы шығарған органға (лауазымды адамға) жіберіледі, олар шағым, наразылық түскен күннен бастап үш күндік мерзімде істің барлық материалдарымен бірге оны тиісті сотқа, жоғары тұрған органға (жоғарыда тұрған лауазымды адамға) жіберуге міндетті (Жалоба на постановление по делу об административном правонарушении направляется судье, в орган (должностному лицу), вынесший постановление по делу, которые обязаны в трехдневный срок со дня поступления жалобы, протеста направить их со всеми материалами дела в соответствующий суд, вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу)).

Шағым берілуі, ал наразылық тікелей оларды қарауға уәкілетті сотқа, жоғары тұрған органға (жоғары тұрған лауазымды адамға) енгізілуі мүмкін (Жалоба может быть подана, а протест внесен непосредственно в суд, вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу), уполномоченный их рассматривать).

Мөр орны (Басқарма басшысы/Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет ұйымы басшысының орынбасары/ Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет ұйымының басшысы (орынбасары)

Место печати (Руководитель управления/ Заместитель Руководителя государственной организации санитарно-эпидемиологической службы/ Руководитель государственной организации санитарно-эпидемиологической службы (заместитель))

_____ (қажеттісінің астын сызу) (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)

Қаулыны алдым (Постановление получил) _____

атқаратын лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), алған күні, қолы (занимаемая должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата получения, подпись)

Қаулы (Постановление составлено в) ____ данада толтырылды (экземплярах).

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
310-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
310-қосымша
Приложение 310
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "____" _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 310/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 310/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ года № _____

Тамақ өнімдерінің үлгісін тіркеу және зерттеу нәтижелерін беру журналы

Журнал регистрации образца и выдачи результатов исследований пищевых продуктов

Басталуы (Начат) "____" _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "____" _____ 20____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистр ационн ы й номер)	Үлгіні а лу күні (Дата отбора образца)	Үлгінің түскен күні (Дата поступ ления образца)	Хаттам аның то лтыру к үні (Дата составл ения протоко ла)	Үлгіні а лу орн ы, ұйы мның м екенжа йы жән е атауы (Место отбора образца , адрес и наимен	Үлгінің атауы (Наимен ование образца)	Көрсет кіштерд ің, оны ң ішінд е сезім ағзалар ы арқы лы сезі ну көрс еткіште рінің ті збесі (Перече н ь показат елей, в т. ч. ощуще	Физика лық-хи миялық көрсетк іштер (Физико - химиче ские показат ели)	Анықта лған шо ғырлан у (Обнару женная концен трация)	Өнімге арналға н НҚ бо йынша нормас ы (Норма по НД на продук т)	Анықта у әдісін е арнал ған НҚ (НД на метод опреде ления)	Зерттеу жүргізг ен адам ның Т.А.Ә. (____ ол болғ ан жағд айда), қ олы (Ф.И.О. (при его наличи и), под пись лица провод ившего
---	--	---	---	--	---	---	---	--	--	--	--

				ование организа ции)		ния чер е з органов чувств)					исследо 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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 311/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 311/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20 ____ года № ____

Автоклавтарды және дезинфекциялық камераларды микробиологиялық зерттеу хаттамасы Протокол микробиологических исследований автоклавов и дезкамер

№ _____ " _____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

1. Шарт бойынша түскен үлгі(лер) (образца (ов), поступивших по договору) № _____

2. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

4. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца) _____

5. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____

6. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____

7. Сынақ жүргізу шарттары: температура, ылғалдылық (Условия проведения испытаний): (температура, влажность) _____

8. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____

9. Үлгі алу әдісіне арналған НҚ (НД на метод отбора) _____

10. Сынама алған адам (кем взята проба) _____

11. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки): _____

12. Сақтау шарттары (Условия хранения): _____

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Үлгінің атауы. Үлгіні алу орны Наименование образца. Место отбора образца	Нәтижесі Результат
1	2	3

Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца 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
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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 312/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20____ года №____

Көмір үлгілерін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования образцов угля

№ _____ " " _____ 20____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____

2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

4. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____

5. Көлемі (Объем) _____

6. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором) _____
№ _____

7. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке) № _____ (от)
" _____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

8. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____

9. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____

10. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____

Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)

№	Үлгі атауы / (Наименование образца)	Күлділік, % (Зольность, %)	Ылғалдылық/ (Влага, %)	Ұшпа заттардың шығуы / (Выход летучих веществ, %)	Жанудың жоғары жыл ылығы / (Высшая теплота сгорания)		Жанудың төменгі жыл ылығы / (Низшая теплота сгорания)	
					Дж/г	Ккал/кг	Дж/г	Ккал/кг
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП (QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек 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

Х а л ы қ т ы ң

санитариялық-эпидемиологиялық
саламаттылығы саласындағы
мемлекеттік органының немесе
ұйымының атауы

Наименование государственного
органа или организации в сфере
санитарно-эпидемиологического
благополучия населения

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 313/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация
Форма № 313/у

Утверждена приказом Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от " ____ " _____ 20_
_____ года № _____

Көмір үлгілерін зерттеуді тіркеу журналы

Журнал регистрации исследований образцов угля

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " _____ 20__ ж. (г.)

Зерттелетін көрсеткіштер
Исследуемые показатели

Зерт
еу жү
ргізге
н ада
мның
қолы,
Т.А.Ә
. (ол б
олған
жағда
йда)
Ф.И.
О (
при
его
налич
ии), п
одпис
ь
лица
прово

Сына ма № (№ проб ы)	н күні (Дата посту плени я)	(Дата прове дения испыт ания)	енова ние и адрес объек та)	Наим енова ние образ ца)	кг (Вес образ ца, кг)	% (Зольн ость), %	Ылға лдыл ығы влага, %	д летуч и х вещес тв), %				Ккал/ кг	дивш его иссле дован ие
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
Х а л ы қ т ы ң 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 тіз бесі (Перечень отобранных образцов)	Өндірушісі, сериясы (партия нөмірі) көрс етілген өнім үлгілер інің саны (Количество отобранных образцов продукции с указанием производителя, серия (номера партии)	Үлгінің салмағы, кө лемі (Вес, объем образца)	Өндіріс күні, жарам дылық 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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " " _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 315/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 315/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20____ года № _____

Темекі, темекі бұйымдарының, электрондық және басқа да тұтыну жүйелерінің үлгілерін зерттеу хаттамасы

Протокол исследования образцов табака, табачных изделий, электронных и других систем потребления

№ _____ " " _____ 20 ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____

4. Мөлшері (Количество)_____
5. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)_____
6. Көлемі (Объем)_____
7. Партия нөмірі (Номер партии)_____
8. Шығарылған күні (Дата выработки)_____
9. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
10. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)_____
11. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)_____
12. Үлгі алу әдісіне нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора)_____
13. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)_____
14. Сақтау шарттары (Условия хранения)_____
15. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____
16. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____
17. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____
18. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Ингредиенттер көрсеткіштерінің атауы және басқалары (Наименование показателей ингредиентов и других)	Анықталған шоғырландыру (Обнаруженная концентрация)	Нормативтік көрсеткіштер (Нормативные показатели)	Зерттеу әдістеріне арналған НҚ (НД на методы исследования)
1	2	3	4

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП)
(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек 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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 316/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ года № _____

Темекі, темекі бұйымдарының, электрондық және басқа да тұтыну жүйелерінің үлгілерін зерттеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации исследований образцов табака, табачных изделий, электронных и других систем потребления

Басталуы (Начат) "____" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "____" _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Сынама алу күні (Дата отбора пробы)	Сынама күні (Дата поступления пробы)	Хаттам а толтырылған күні (Дата составления протокола)	Сынама алынған орын, ұйымның мекенжайы (Место отбора, адрес и наименование)	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Зерттелетін көрсеткіштері, оның ішінде таңба лау (Исследуемые показатели в том числе физикалық-химические показатели)	Анықталған шоғырландыру/Обнаруженная концентрация (Обнаруженный процент)	Өнімнің НҚ бойынша нормасы (Норма по НД)	Анықтау әдісі (Метод определения)	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), Ф.И.О (при его наличии), лица проводящего
--	--	---	---	--	---	--	---	---	--------------------------------------	---

				организа ции)		числе маркиро вка)		женная концен трация)			ившего исследо вание)
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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 317/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20 ____ года № _____

Оқушы жиһазының функционалдық өлшемдерін өлшеу хаттамасы

Протокол измерения функциональных размеров ученической мебели

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Өлшеу жүргізілетін объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес где производятся измерения) _____

2. Өлшеу жүргізу үшін негіз (Основание для проведения измерений)

3. Қатысуымен өлшеулер жүргізілген объект өкілінің Т.А.Ә.(ол болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О.(при его наличии), должность представителя объекта, в присутствии

которого производились измерения)

4. Бұйымның атауы (Наименование изделия) _____

5. Өндіруші ел (фирма) (жеткізуші) Страна(фирма) - изготовитель (поставщик) ____

6. Бұйымдар жасалған материалға нормативтік құжат (Нормативный документ на материалы, из которого выполнено изделие) _____

7. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) аяқталуы (окончания) _____

8. Үлгінің сипаты (Описание образца) _____

9. Партия нөмірі (Номер партий) _____

10. Шығарылған күні (Дата выработки) _____

11. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

Оқу жиһазының өлшемдері және оқушылардың бойына сәйкестігі (Размеры учебной мебели и соответствие росту обучающихся)

Оқушының Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), бойы Ф.И.О., (при его наличии) рост учащихся	Көрсеткіштің анықталған мәні Обнаруженное значение показателя		Көрсеткіштің рұқсат етілген мәні Допустимое значение показателя		Зерттеу әдістері не арналған НҚ НД на методы исследований
	Үстелдің оқушыға қараған жиегі қакпағының еденнен биіктігі Высота над полом крышки края стола, обращенного к обучающему	Отырғыштың алдыңғы жиегінің еденнен биіктігі Высота над полом переднего края сидения	Үстелдің оқушыға қараған жиегі қакпағының еденнен биіктігі Высота над полом крышки края стола, обращенного к обучающему	Отырғыштың алдыңғы жиегінің еденнен биіктігі Высота над полом переднего края сидения	

Зерттеулер НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді

(Исследование проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП ____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына

318-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

318-қосымша

Приложение 318

к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Рес- публики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "____" _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 318/е нысаны медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 318/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ года № ____</p>

Оқушы жиһазының функционалдық өлшемдерін өлшеуді тіркеу журналы

Журнал регистрации измерения функциональных размеров ученической мебели

Басталуы (Начат) "____" _____ 20____ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) "____" _____ 20____ ж. (Г.)

			Зерттеу жүргізген орын, ұйымны		Оқушының Т.А.Ә.		Көрсеткіштің	Көрсеткіштің рұқ		Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болға
--	--	--	--------------------------------	--	-----------------	--	--------------	------------------	--	--

Тіркеу нөмірі Регистрациялық номер	Сынама алу күні Дата отбора проб	Хаттама толтырылған күн Дата составления протокола	Мекенжайы және атауы Место проведения исследования, адрес и наименование организации	Сынама ның атауы Наименование пробы	(ол болған жағдайда), бойы Ф.И.О. (при его наличии), рост учащихс я	Көрсеткіштер Показатели	Ықпалға нәтижесі Обнаруженное значение показателя	Сат етілген нәтижесі Допущенное значение показателя	Зерттеу әдісіне алынған НҚ НД на метод исследования	н жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии) , подпись лица, проводившего исследование)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
319-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
319-қосымша

Приложение 319
к приказу

Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 319/е нысаны медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 319/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20____ года № ____</p>

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 сыналуға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Денсаулық сақтау министрінің

2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына

320-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

320-қосымша

Приложение 320

к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 320/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң 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 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
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__ ж. жылғы " __ " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 321/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 321/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " __ " _____ 20__ года №__

Су үлгілерін (гемодиализге және ілеспе терапияға арналған) зерттеу нәтижелерін есепке алу журналы

Журнал учета результатов исследования образцов воды (для гемодиализа и сопутствующей терапии)

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Сынаманың түскен күні (Дата поступления пробы)	Үлгіні алу орны (Место отбора образца)	Мекенжай (Адрес)	Көрсеткіштер атауы (Наименование показателя)	Анықталған шоғырлану (Выявленная концентрация)	РЕШШІ нормасы (Норма ПДК)	Зерттеу әдісіне арналған НҚ (НД на исследование)	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " __ " _____
№__ бұйрығына
322-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
322-қосымша
Приложение 322

к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " ____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 322/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 322/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " ____ 20 ____ года № ____

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 Обнаруженная концентрация	Нормативтік көрсеткіште р Нормативные показатели	Қолданыстағы нормативтік құқықтық актілердің (бұдан әрі –НҚА) атауы Наименование действующих нормативных правовых актов (далее - НПА)
Буланудан кейінгі қалдықтың массалық шоғырлануы (Массовая концентрация остатка после выпаривания), мг/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 о С меншікті электр өткізгіштігі (Удельная электрическая проводимость при 20 °С), См/м,			
Арнайы көрсеткіштер (Специфические показатели)			

Зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді

(Исследование проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста, проводившего исследование, ЭЦП).	_____ _____ _____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), ЭЦП заведующего лабораторией)	_____ _____

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR кода недействительный).

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басуға Тыйым салынған(Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына

323-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

323-қосымша

Приложение 323

к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 323/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 323/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20 ____ года № ____

Жүзу бассейндерінің суын зерттеу хаттамасы

Протокол исследования воды плавательных бассейнов

№ _____ от " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

3. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____

5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____

6. Көлемі (Объем) _____

7. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____

8. Үлгі алу әдісіне арналған НҚ (НД на метод отбора) _____

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____

10. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Зерттеу нәтижелері
(результаты исследования)

Керсеткіштердің атауы Наименование показателей	Анықталған шоғырландыру Обнаруженная концентрация	Нормативтік керсеткіштер 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			
рН			
Қалдық бос хлор (Остаточный свободный хлор) мг/л			
Қалдық байланысқан хлор (Остаточный связанный хлор) мг/л			
- Азот аммоний (азот бойынша) (по азоту,мг/л			
Озон (озондау кезінде) (при озонировании),мг/л			
Перманганатты тотығушылық (Перманганатная Окисляемость),мг/л			
Хлороформ,мг/л			
Формальдегид (озондау кезінде) (при озонировании), мг/л			

Жалпы кермектілік (Жесткость общая), мг-экв/л			
Сульфаттар (сульфаты), мг/л			
Хлоридтер (хлориды), мг/л			
Жалпы темір (Железо общее), мг/л			
Мөлдірлігі (Прозрачность)			
Нитраттар (нитраты), мг/л			
Арнайы көрсеткіштер (Специфические показатели)			

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста, проводившего исследование, ЭЦП).	_____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ. (Ф.И.О. (при его наличии), ЭЦП заведующего лабораторией)	_____

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR кода недействительный).

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басуға Тыйым салынған(Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
324-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
324-қосымша

Приложение 324
к приказу

Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ _жылығы "____" _____ №____ бұй рығымен бекітілген № 324/е ныс анды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 324/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ ____ года №____

Үлгілерді экспресс-әдіспен зерттеу хаттамасы
Протокол исследования образцов экспресс-методом

№ _____

" _____ " _____ 20____ ж. (Г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____
3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____

—
4. Мөлшері (Количество) _____

-
5. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____
 6. Көлемі (Объем) _____
 7. Партия нөмірі (Номер партий) _____
 8. Шығарылған күні (Дата выработки) _____
 9. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
 10. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
 11. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
 12. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
 13. Үлгі алу әдісіне арналған НК (НД на метод отбора) _____

—
14. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____

15. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____

16. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Көрсеткіштер тобы Группа показателей	Анықтау үшін қолданылған әдіс (Метод использованный для определения)	Анықталған шоғырландыру (Обнаруженная Концентрация)	Нормативтік көрсеткіштер (Нормативные Показатели)	Зерттеу әдістері не арналған НҚ (НД на методы исследования)
1	2	3	4	5	6

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП (QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытанию)

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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере		Медицинская документация Форма № 325/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

**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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 326/е нысаны медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 326/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20____ года № _____

Топырақ үлгілерін және зерттеу (жоғары дәлдіктегі жабдықта) нәтижелерін тіркеу журналы
Журнал регистрации образцов и результатов исследования почвы (на высокоточном оборудовании)

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20____ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " ____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Сынама түскен күні (Дата поступления)	Үлгіні алу орны (Место отбора образца)	Мекенжай (Адрес)	Көрсеткіштер атауы (Наименование показателя)	Анықталған шоғырлану (Выявленная концентрация)	РЕШШ нөмірі (Норма ПДК)	Зерттеу әдісі (НД на исследование)	Зерттеу жүргізген адамның (Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " ____ " ____
№ ____ бұйрығына
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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере	Медицинская документация Форма № 327/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " ____ 20 ____ года № ____

санитарно-эпидемиологического благополучия населения		
---	--	--

Зертханаішілік бақылау журналы
Журнал внутрилабораторного контроля

Басталуы (Начат) " " 20 г.

Аяқталуы (Окончен) " " 20 г.

р/с № № п/п	Күні (Дата)	Бөлімшенің атауы/ анықталатын көрсеткіш (Наименование подразделения/ определяемый показатель)	Сапаны бағалау әдісі (Метод оценки качества)	Бақылау нәтижесі (Результат контроля)	Қолы (Подпись)
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
328-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
328-қосымша

Приложение 328
к приказу

Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 328/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 328/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20____ года № _____

Серологиялық зерттеулерді (ішек инфекциялары тобы) тіркеу журналы
Журнал регистрации серологических исследований (кишечная группа инфекций)

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні, айы, жылы (Дата, месяц, год)	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)	Жасы (Возраст)	Үлгіні жіберген ұйым (Организация направившая образец)	Диагнозы, ауырған күні (Диагноз, дата заболевания)	Зерттеу жиілігі (Кратность исследования)	Зерттеу мақсаты, алғашқы немесе қайта тексеру (Цель исследования, первичное или повторное обследование)
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

О-антигенімен реакциясы (Реакция с О-антигенами)						Бақылау (Контроль)			ПГАР (РПГА)					Зерттеу аяқталған күн, зертханашы-дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при
							Диагностикасы (Диагн							
2,12	4,12	6,7	6,8	9,12	3,10	Сары су (Сыворотки)							Зерттеу	при
								Сальмонеллез						

							остик ум)	жиын тығы (Комп лекс сальм онелл езный)	Vi	Флекс нер	Зонне	Нью- Кесте л	е у нәтиж елері (Резул ьтаты иссле дован ий)	его налич ии), подпи с ь врача - лабор анта)
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
329-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
329-қосымша

Приложение 329
к приказу

Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____
жылғы " " _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№ ____ бұйрығымен бекітілген № 329/е нысанды медициналық құжа ттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 329/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20 ____ года № _____

Көкжөтел мен көкжөтелге ұқсас аурулардың серологиялық зерттеулерін тіркеу журналы
Журнал регистрации серологических исследований на коклюш и паракоклюш

Басталуы (Начат) " " 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрацио нный номер)	Күні, айы, жылы (Дата, месяц , год)	Тексерілеті н адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, и м я , отчество (при его наличии) обследуемо го)	Жасы (Возраст)	Үлгіні жіберген ұйым (Организаци я направивша я образец)	Диагнозы, ауырған күні (Диагноз, д а т а заболевания)	Тексеріп қарау жиілігі (Кратность исследован ия)	Зерттеу мақсаты, алғашқы немесе қайта тексеру (Цель исследован ия , первичное и ли повторное обследован ие)
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

[illegible]

1:20	1:40	1:80	1: 160	1: 320	1: 640	1: 1280	1: 2560	1: 5120	Сарыс у (Сывор отки)	Диагно стикум	(Резуль таты исслед ований)	ния исслед ования , фамил ия, имя , отчест во (при его наличи и), подпис ь врача- лабора нта)
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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере		Медицинская документация Форма № 330/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20____ года № _____

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 – НК) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1. _____

2. _____

Зерттеу жүргізілген күн (Дата проведения исследования)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)	Жасы (Возраст)	Жұмыс орны, мекенжайы (Место работы, домашний адрес)	Үлгіні жіберген ұйым (Организация направившая образец)	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Тығыз қоректік орталарда өсу (Рост на плотных питательных средах)	Гемолиз	Сұйық қоректік орталарда өсу (Рост на жидких питательных средах)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)								Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)	Зерттеу аяқталған күн, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Дата окончания)
Каталаза	Бацитрацинмен тест	Инулин	Сорбит	Глицерин	Глюкоза	Лактоза			

Микрос копия		Тест с бацитра цином						Сахароз а		исследо вания, фамилия , имя, отчество (при его наличии) , подпись проводи вшего исследо вание)
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына

331-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

331-қосымша

Приложение 331

к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы " " _____
--	---

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№ _____ бұйрығымен бекітілген № 331/е нысанды медициналық құ жаттама
Х а л ы қ т ы ң 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 нө мірі (Регистрац ионный номер)	Үлгіні алу (Отбор образца)	Үлгінің тү суі ((Поступлен ия образца)	Үлгіні жіб ерген ұйы м (Организац ия , направив ш а я образец)	Зерттеу ма қсаты (Цель исследова ния)	Зерттелеті н үлгі (Исследуем ы й образец)	Жеткізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағ дайда) лау азымы, қо лы (Ф.И.О. ((при его наличии) д олжност и подпись специалис т а доставивш его)	Қабылдаға н маманны ң Т.А.Ә. (о л болған ж ағдайда) л ауазымы, қолы (Ф.И.О. ((при его наличии) д олжности подпись принявшег о специалис та)
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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 332/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ года №____

Вирустық инфекциялардың генетикалық сипаттамасы үшін зертханаға жіберу сауалнамасы
Анкета направления в лабораторию для генетической характеристики вирусных инфекций

Үліні алуды жүргізетін ұйым: және алу күні (Организация, проводимая отбор: и дата отбора) _____			
Жағдайдың жіктемесі (Классификация случая):	Науқас (Больной) (Ауырып сауыққан (қайта) (Переболевший (повторно) _____ Вакцинацияланған (Вакцинированный) _____	Бірінші ауырған күні (дата первого заболевания) _____	
	1-бөлім (Раздел 1) : Науқас туралы ақпарат (Информация о пациенте)		
Туған күні (Дата рождения): [][]/[][]/[][][][]			
Жынысы (Пол): ☐ еркек(мужской) ☐ әйел(женский)			
Тұрғылықты мекенжайы (Адрес проживания): _____			
Жұмыс/оқу орны (Место работы/учебы): _____			
2-бөлім (Раздел 2): Клиникалық ақпарат (Клиническая информация)			
Пациенттегі клиникалық ағым (Клиническое течение у пациента)			
Ауырған күні (Дата заболевания):	[][]/[][]/[][][][]		

Бірінші компонентті вакцинациялау күні (Дата вакцинации первого компонента): [][]/[][]/[][][][]		
Екінші компонентті вакцинациялау күні (Дата вакцинации второго компонента): [][]/[][]/[][][][]		

3-бөлім (Раздел 3): Симптомдар пайда болғанға дейін 14 күн ішіндегі байланыстар және саяхат туралы ақпарат (есеп бергенге дейін, егер ағым симптомсыз болса) (Контакты и информация о путешествиях в течение 14 дней до появления симптомов (до отчетности, если бессимптомное течение))

Пациент симптомдар пайда болғанға дейін 14 күн ішінде саяхатта болды ма? Путешествовал ли пациент в течение 14 дней до появления симптомов?

☐ Жоқ (Нет) ☐ Иә (Да) ☐ Белгісіз (Неизвестно)

Егер иә болса, саяхат орындарын көрсетіңіз (Если да, укажите места путешествий): Ел/Қала/Облыс(Страна/Город/Область)

Пациентте симптомдар 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

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 333/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 333/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20____ года № _____</p>

Вирустық үлгілердің генетикалық сипаттамасын тіркеу және нәтижелерін беру журналы
Журнал регистрации и выдачи результатов генетической характеристики вирусных образцов

Басталуы (Начат) " " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20__ ж. (г.)

	Тіркеу нөмірі		Үлгі түскен күн	Үлгіні жолдаған ұйым	Жіберген ұйымның зертханалық нөмірі (				
--	---------------	--	-----------------	----------------------	---------------------------------------	--	--	--	--

р/с № №п /п	(Регистрационный номер)	Үлгі алынған күн (Дата отбора образца)	(Дата поступления и я образца)	(Организация, направившая образец)	Лабораторный номер направившей организации)	Жасы (Возраст)	Жынысы (Пол)	Секвенирлеу әдісі (Метод секвенирования)	Басталу күні (Дата начала)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Аяқталу күні (Дата окончания)	Нәтиже (Результат)	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) лауазымы қолы (Ф.И.О. (при его наличии) должности, подпись специалиста, проводившего исследования)	ПТР қайта тестілеу нәтижесі (Результат ретестирования ПЦР)
11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
334-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
334-қосымша

Приложение 334
к приказу

Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 334/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы	Медицинская документация Форма № 334/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Казахстан от " ____ " _____ 20 ____ ____ года № _____
---	--

Бактериялық үлгілердің генетикалық сипаттамасын тіркеу және нәтижелерін беру журналы
Журнал регистрации и выдачи результатов генетической характеристики бактериальных образцов

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

р/с № № п/п	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгі алынған күн (Дата отбора образца)	Үлгі түскен күн (Дата поступления образца)	Үлгіні жолдаған ұйым (Организация, направившая образец)	Жіберген ұйымның зертханалық нөмірі (Лабораторный номер направившей организации)	Жасы (Возраст)	Жынысы (Пол)	Секвенирлеу әдісі (Метод секвенирования)	Басталу күні (Дата начала)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Бактериялық зерттеу нәтижесі (Результаты бактериальных исследований)				
Колония титрі (Титр колонии)	Грамм бойынша бояу (Окраска по граммам)	Оксидаза тесті (Оксидаза тест)	Антибиотиктерге сезімталдылығы (Чувствительность к антибиотикам)	Типтеу нәтижесі (Результат типирования)
11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " ____ "

№ ____ бұйрығына

335-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

335-қосымша

Приложение 335

к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "____" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 335/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 335/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20_ ____ года № _____</p>

Дезинфекциялық препараттардың шығысын есепке алу журналы

Журнал учета расхода дезинфицирующих препаратов

р/с № № п/п	Препарат тың атауы (Наименование препарата)	Түскен күні (Дата поступления)	Қайдан түсті (Откуда поступило)	Алынған саны (Получено количество)	Жарамдылық мерзімі (Срок годности)	Берілген саны (Выдано количество)	Кімге берілді (Кому выдано)	Жүк құжатының №, күні (№ накладной, дата)	Қалдық (Остаток)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
336-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
336-қосымша
Приложение 336
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

--	--	--

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі</p> <p>Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "____" _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 336/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң</p> <p>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</p> <p>Форма № 336/у</p> <p>Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20____ года № _____</p>

Дезинфекциялық препараттарды пайдалануды есепке алу журналы Журнал учета использования дезинфицирующих препаратов

№	Препарат тың атауы (Наименование препарата)	Шығын нормасы (Норма расхода)	Препарат тың 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 колы (Подпись проводившего обработку)	Басшының колы (Подпись руководителя)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
337-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
337-қосымша

Приложение 337
к приказу

Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы "____" _____ № _____
---	--

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Бұйрығымен бекітілген № 337/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 337/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20__ __ года № _____

Дыбыс окшаулауын өлшеу бойынша сараптамалық қорытынды

Экспертное заключение по измерению звукоизоляции №

" ____ " _____ 20__ жыл (год)

1. Өтініш беруші (Заявитель): _____

2. Мекенжайы (Адрес): _____

3. Объект атауы (Наименование объекта): _____

4. Негізі (Основание): _____

5. Өлшеу мақсаты (Цель измерений): _____

6. Өлшеу құралының атауы, тексеру күні (Средства измерений наименование, дата поверки): _____

7. Нормативтік-техникалық құжаттама (Нормативно-техническая документация): _____

8. Сынақ зертханасының/орталығының атауы, аккредиттеу аттестаты аккредитттеу субъектілерінің тізілімінде тіркелген (Наименование испытательной лаборатории/центра, аттестат аккредитации зарегистрирован в реестре субъектов аккредитации): _____

9. Дыбыс окшаулауын 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 нысаны медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 338/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20_ ____ года № _____

№ ____ санитариялық-карантиндік бақылау актісі (төтенше жағдайлардың туындау қаупі болған кезде)

Акт санитарно-карантинного контроля № ____ (при наличии риска возникновения чрезвычайных ситуаций)

" ____ " _____ 20__ жыл (год) _____

Мен (Мною) Біз (Нами) _____

_____ лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (бұдан әрі – Т.А.Ә.) (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), (далее –Ф.И.О.) _____

_____ мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органының атауы (Наименование органа государственного санитарно-эпидемиологического надзора) мыналардың: (с участием) тексеруге қатысқан басқа мамандарды көрсетіңіз _____ (указать других специалистов, участвовавших в обследовании) _____

_____ қатысуымен мамандар болғанда: (в присутствии) _____ лауазымы, лауазымды тұлғаның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (немесе заңды тұлғаның басшысының немесе жеке тұлғаның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)) (должность, Ф.И.О. (при его наличии) должностного лица (или руководителя юридического лица или Ф.И.О. (при его наличии) физического лица) _____

_____ тексеру жүргіздік (проведено обследование)

1. Рейстің нөмірі (Номер рейса) _____

2. Компанияның атауы (Наименование компании) _____

3. Қозғалыс маршруты (Маршрут движения) _____

4. Жолаушылар /экипаж мүшелері саны (Количество пассажиров/членов экипажа) _____

5. Көлік құралында инфекциялық ауруға күдікті науқастардың болуы (Наличие на транспортном средстве больных подозрительных на инфекционное заболевание) _____

иә/жоқ (да/нет)

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

6. Симптомдары (керектіні сызу) қызба, температура 38,5 С, жөтел, бездердің,

лимфа түйіндерінің ісінуі, тамақ ауруы, диарея, бірнеше рет құсу, тері бөртпесі, сарғаю, көгеру, қан кету, сананың шатасуы (Симптомы (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) _____

Қорытынды(Заключение): _____

_____ Қолы (Подпись) _____

Тексеруге қатысып, акті бір данасын алды (При обследовании участвовал, и экземпляр акта получил) _____
 _____ Аяқталды (Окончено) " " _____ 20__ жыл (год) _____
 сағат (часов) _____ минут

Акт ____ данада толтырылды (Акт составлен в ____ экземплярах).

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2026 жылғы " " _____
 № ____ бұйрығына
 339-қосымша

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 339-қосымша

Приложение 339
 к приказу

Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 20 августа 2021 года
 № ҚР ДСМ-84

Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 339/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 339/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20__ года № _____</p>

Жіті респираторлық вирустық инфекция бойынша зертханалық зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы

Журнал Регистрации результатов лабораторных исследований по острой респираторной вирусной инфекции

Басталуы (начало): _____

Аяқталуы (окончание): _____

				<p>Басқа респираторлық вирустық инфекциялар Другие респираторные вирусные инфекции</p>
--	--	--	--	---

р/с № № п	Зерт хана лық нөмі р / Лабо рато рный номе р	Сәйк есте нді р у №/ Иден тифи каци онны й №	Апта / Неде ля	Парагрипп (hPiv)				Респ ират орно - синц итиа льны й виру с (hRSv)	Мета пнев мови рус (hMrv)	Коро нави рус (hCov)	Рино виру с (hRv)	Аден овир ус (hAdv)	Бока виру с (hBov)	Друг ие ОРВ И	Дата выда чи резу льтат ов Беріл ген күні нәти желе р нәти желе р	Подп ись/ Қол ы
				1	2	3	4									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
340-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
340-қосымша

Приложение 340
к приказу

Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

<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>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 340/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20____ года № _____</p>

Тұмау инфекциясын зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы
Журнал регистрации результатов исследования гриппозной инфекции

Басталуы (начало): _____

Аяқталуы (окончание): _____

№ п/п	Зертханалық № Лабораторный №	Сәйкестендіру № Идентификационный №	Науқас адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии) больного человека	Туған күні Дата рождения	Материал қайдан түсті Откуда поступил материал	Диагноз	Аурудың диагнозы Диагноз болезни
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы/Продолжение таблицы

Үлгінің күйі (1-барабар, 2-барабар емес) Состояние образца (1-адекватное, 2 - неадекватное)	Апта Неделя	Күні Дата				Нәтижесі Результат	Нәтиженің берілген күні Дата выдачи результата
		Аурулар Заболевания	Материалды алу Взятие материала	Материалды жеткізу Доставка материала	Зерттеу Исследование		
9	10	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
341-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
341-қосымша
Приложение 341
к приказу

Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ ж
--	---

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	ылғы "___" _____ № ___ бұйрығымен бекітілген № 341/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 341/y Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ _ года № ___

Тұрмыстық қатты қалдықтардың мөлшерін есепке алу журналы
Журнал учета количества твердых бытовых отходов

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Күні Дата	Қалдықтарды тиеп жіберген ұйымның атауы Наименование организации ,отгрузившей отходы	Қалдықтарды ң түрі Вид отходов	Қалдықтардың мөлшері Количес тво отходов		Қалдықтарды ң құрамы Соста в отходов	Картаның нө мірі Номер карты
			Тонна/ тонн	м3		
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ___ бұйрығына
342-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
342-қосымша
Приложение 342
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____
--	---

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№__ бұйрығымен бекітілген № 342/е нысанды медициналық құжа ттама
Х а л ы қ т ы ң 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

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ ж. _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 343/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 343/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 20__ года № _____</p>

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

[illegible]

Айлар, онкүндігі	Жинаның	Қаралған	Алиментарлық белсенділігі					Дене майының даму сатысы					Физиологиялық жасы					
			Алиментарная активность					Состояние жирового тела					Физиологический возраст					
Мес	Объект	Промот	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6
яцы,	сбор	рено																
дека	а	блох																
ды																		

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

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 345/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 345/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20__ года № _____</p>

_____ 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 исслед.	Мекен жай/ Адрес	Объект / Объект	Колония № / № колонии	Ересектер / Взрослые		Жастар / Молодые		Семіздігі / Упитанность	Қысыр / Яловая	Жүктілік / Берменность	Күшіктенген / Оценившиеся
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

жалғасы / продолжение

Эмбриондар мөлшері/ Кол-во эмбрион	Резорб. эмбр. саны / Кол-во резорб.эмбр.	Гельминдер / Гельминты	Паталогиялық -анатомиялық суреті/ Паталогия анатомическа я картина	Зерттеу нәтижесі		
				Результаты исследования		
				Серологиялық		Бактериологи ялық
				Серологически		Бактериологи чески
РНГА	РНАг (т)					
15	16	17	18	19	20	21

жалғасы / продолжение

суспензия № / суспензия №	биосынам нәтижесі / № биопробы результат	Буын аяқтылар / Членистоногие													
		Бүргелер түрлері / Блохи по видам													
														Анықтаусыз/ Без определ.	Барлық бүргелер/ Всего блох
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37

жалғасы / продолжение

Буын аяқтылар / Членистоногие						Суспензия себу № / № посевов суспензий	Себу сану/Количество посевов	Коллекциясы/Коллекция	Бактериологиялық зерттеу нәтижесі / Результаты бактериологического исслед
Кенелер түрлері / Клеши по видам									
				Анықтаусыз/Без опред.	Барлық кенелер/Всего клещей				
38	39	40	41	42	43	44	45	46	47

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
346-қосымша
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
346-қосымша
Приложение 346
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы (альбом)
Формат А4 (альбомный)

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 346/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 346/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ года № _____</p>

Елді мекендерде кеміргіштердің болуын зерттеп-қарау тізімдемесі

Ведомость обследования населенных пунктов на наличие грызунов

20__ ж. "___" _____ тышқан тәріздес кеміргіштер мен
паразиттердің болуына _____ зерттеп-қарау
обследования _____ на наличие мышевидных грызунов и паразитов "
" _____ 20__ г.

Т.А. Ә.(ол бол ған жағ дай да)	Тұрғын үй Жилой дом					Сарай			Дезинсек ция		Дератиза ция		Сан-ағарту жұмысы Сан.просвет работа			Қол ы
	қақпан давилки			Желімді парақтар Клеевые листы			қақпан					улы хим икат жұм салы /расх од	жүр гізіл ген әңгі	тара тыл ған		
			аула нға н кемі						аула нға н кемі							

№	Ф.И.О. (при его наличии)	сан ы / кол- во	м²	ргі ште р/ пой ман о гры зун ов	сан ы / кол- во	м²	аула нға н сыр тма сыл дар	сан ы / кол- во	м²	ргі ште р/ пой ман о гры зун ов	м²	ы/ расх од ядо хим ика тов	м²	ядо хим ика тов / расх од ядо хим ика тов	ме/ про веде но бесе д	тыңдауш ы саны / кол-во слушатель ей	пар акш а роз дан о лис тов ок	Под пис ь
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
347-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

347-қосымша

Приложение 347
к приказу

Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы " __ " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 347/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 347/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20__ года № _____</p>

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 _____

Бүргелер бар желімді парақтар саны/ Количество клеевых листов с блохами _____

Жинақ жүргізді /Сбор проводил _____ (Т.А.Ә. (ол болған жағдайда))/ (Ф.И.О.(
 при его наличии))

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2026 жылғы " " _____
 № _____ бұйрығына
 348-қосымша

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 348-қосымша

Приложение 348
 к приказу

Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 20 августа 2021 года
 № ҚР ДСМ-84

Нысан
 Форма

А4 Форматы (альбом)
 Формат А4 (альбомный)

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 348/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 348/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20__ года № _____</p>

Кене түрлерінің басымдылық индексі (елді мекендердің төңірегі)

Индексы доминирования клещей по видам (окрестности населенных пунктов)

Күні дата	Елді мекенде р Населен н ы е пункты	Кене саны (Количес т в о клещей)	Кене түрлерінің басымдылық индексі (%)					
			Индексы доминирования клещей по видам (%)					

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына

349-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

349-қосымша

Приложение 349

к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

A5 Форматы

Формат A5

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 349/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 349/y Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20__ года № _____</p>

A5 Форматы кітапша 12

Формат A5 (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(клеммы). Зертханаға (В лабораторию) _____
 _____ 1. Елді мекеннің атауы, елді-мекені ((Наименование населенного пункта)_____
 2. Жиналған күні, айы, жылы (Дата сбора) _____ 3. Сектордың шифры (Шифр сектора) _____
 _____ 4. Координаттар (Координаты) N _____ E _____
 _____ 5. Қарап-тексерілген ІҚМ (Осмотрено КРС): _____
 _____ 6. Кенелер бар мал (Из них с клещами) _____
 _ Көзбен шолу саны (қажеттісінің астын сызу) Визуальное число (нужное подчеркнуть)
 : өте төмен – 1 ден 10 кенеге дейін (очень низкое – от 1 до 10 клещей) төмен – 11 ден 30
 кенеге дейін (низкое – от 11 до 30 клещей) орта – 31 ден 50 кенеге дейін (среднее – от
 31 до 50 клещей) жоғары – 51 ден 100 кенеге дейін (высокое – от 51 до 100 клещей) өте
 жоғары – 101 ден жоғары (очень высокое – от 101 и выше) 7. Иесінің мекенжайы,
 Т.А.Ә.(ол болған жағдайда) (Адрес, Ф.И.О. (при его наличии) хозяина)_____ 8.
 Зоолог (Зоолог) _____

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің

2026 жылғы " " _____

№ _____ бұйрығына

350-қосымша

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

350-қосымша

Приложение 350

к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы (альбом)

Формат А4 (альбомный)

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі
 Министерство здравоохранения
 Республики Казахстан

Х а л ы қ т ы ң
 санитариялық-эпидемиологиялық
 саламаттылығы саласындағы

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы " __ " _____
 № _____ бұйрығымен бекітілген
 № 350/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация
 Форма № 350/у

мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20__ __ года № _____
--	---

Кенелерді Конго-Қырым геморрагиялық қызбасына зерттеу нәтижелерін есепке алу журналы

Журнал учета результатов исследования клещей на Конго-Крымскую геморрагическую лихорадку

Жи нау күн і / Дат а сбо ра	Зер тте у күн і / Дат а исс лед ова ния	Жи нау орн ы/ Адр ес сбо ра	Об ъек тіле р сан ы// Кол иче ств о объ ект ов	Кен еле рім ен/ с кле щ а ми	Кене түрлерінің аталуы Видовое название клещей					Барлығы / Всего		Дернәсі лдер / Личинк и		Нимфал ар / Нимфы		Ан алы кта р / Са мки	Ата лық тар / Са мц ы	Сус пен зия себ у № № пос ево в сус пен зии	Зерттеу нәтижелері (ИФТ) Результаты исследования (ИФА)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18				

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
351-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
351-қосымша

Приложение 351
к приказу

Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы " " _____
--	---

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№ _____ бұйрығымен бекітілген № 351/е нысанды медициналық құ жаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 351/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20__ __ года № _____

Оба қоздырғышы штамының паспорты № _____

Паспорт штамма возбудителя чумы № _____

Микроб түрі (Вид микроба) _____ Штамм номері (Номер штамма) _____

_____ Дәрігер бөліп алды (Выделено врачом) _____

_____ Эпиджасақ (эпидотряд) _____ Станция (бөлімше) _____

Станция (отделение) _____ Неден (от) _____

_____ Неден (от) _____ (

кеміргіш түрі) (эктопаразит түрі, саны) (вид грызуна) (вид эктопаразита, кол-во)

Жынысы (Пол) _____ Жасы (Возраст) _____ Генерат.күйі (Генерат.состояние) _____

Ауланған орны: тарап алу, інге кірістер (Откуда добыты: очес, входы нор) _____

_____ (подчеркнуть) (астын сызу) (Пойман или найден павшим) _____

_____ қазу кезінде (при раскопке) _____

ауланды немесе өлі табылды (астын сызу) (подчеркнуть) Жинау күні (Дата сбора) _____

_____ Себу күні (Дата посева) _____ Өсірінді бөлінген күн (Дата выделения

культуры) _____ Материал жиналған орын (Место сбора материала) _____

_____ (ошақ, орын атауы, бірінші аудан шифры) (очаг,

название точки, шифр первичного района) Паталогиялық-анатомиялық өзгерістер (

Паталогоанатомические изменения): Лимфа түйіндері (қандай) (Лимфатические узлы (

какие)) _____ Бауыр (Печень) _____

_____ Көкбауыр (Селезенка) _____

_____ Өкпе (Легкие) _____

_____ Басқа ағзалар (Другие органы) _____

_____ Табиғи материалдың бактериоскопия

нәтижесі (Результат бактериоскопии нативного материала) _____

_____ Культураны бөлу әдісі (

Способ выделения культуры) _____ Жұқтырылған

биосынама туралы деректер (Данные о зараженной биопробе) _____ Жануар түрі

(Вид животного) _____ Өлді (

Пало.забито на) _____ тәулікте (астын сызу) сутки (подчеркнуть) Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)_____ Бөлінген өсірінді сипаттамасы (Характеристика выделенной культуры)_____

_(непосредственно от грызуна или эктопаразита) (кеміргіштен не эктопаразиттен тікелей бөлінген) Агарда өсу (Рост на агаре) (бірінші табакшалар) (первичные чашки):

А) Қандай агарға себу жасалды, қандай стимулятор, ингибитор қосылды (На какой агар сделан посев, какой стимулятор, ингибитор добавлены)_____

Б) Оба микробы колонияларының саны (40-тан 100 колонияға дейін – көп; 100-ден жоғары – көп өсу; біріккен колониялар – ағызып өсу) (количество колоний чумного микроба (от 40 до 100 колоний -

много; свыше 100-обильный рост; сплошной рост по ходу посева - сливной рост))

Көкбауыр/ селезенка	Бауыр/ печень	Қан/ кровь			
------------------------	---------------	------------	--	--	--

Г) өскен бөгде микроб колонияларының сипаттамасы (характеристика колоний выросших посторонних микробов)_____

_____ Сорпада өсу (Рост на бульоне)_____

_____ Глицеринге қатынасы (Отношение к глицерину)_____

_____ Оба фагына қатынасы (Отношение к чумному фагу)_____

_____ Жалған туберкулез фагына қатынасы (Отношение к псевдотуберкулезному фагу)_____

Бөлінген өсіріндіге бактериофагтың болуы (Наличие бактериофага к выделенной культуре)_____

_____ ПТР нәтижесі (гендер бойынша бөлек) (Результаты ПЦР (отдельно по генам))_____

_____ ИФТ нәтижесі (Результаты ИФА) _____

_____ Өсіріндіні растады (Кто подтвердил культуру)_____ (фамилия, число, месяц) (тегі, күні, айы)

Өсіріндіні растаған дәрігердің қолы _____ (Подпись врача, подтвердившего культуру)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
352-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
352-қосымша
Приложение 352
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А6 Форматы
Формат А6

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 352/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 352/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ года № _____</p>

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:

Подпись

Формат А-4 (альбомный)

[illegible]

[illegible]

жалғасы / продолжение

Барлығы Всего	Индекс		Себулер Посевы			
Кене/ Клещи	К О	К В	Бүргеден блох		Кенеден клещи	
			Тобы гр.	Жеке инд.	Тобы гр.	Жеке Инд.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
354-қосымша
Қазақстан Республикасының

Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
354-қосымша
Приложение 354
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы (альбом)
Формат А-4 (альбомный)

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2022 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 354/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 354/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" ____ _____ 2022 года № _____

Эктопаразитологиялық зерттеулер мен олардың нәтижелерін тіркеу журналы

Журнал регистрации эктопаразитологических исследований и их результатов

Аш у жур нал ы бой					Объектілер саны Кол-во объектов	Эктопаразит түрлері Виды эктопаразитов		Еск ерт пе Бак тер иол оги ялы қ зерт теу жұм ыст ары, есеп ке алу жин ақта

[illegible]

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
355-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
355-қосымша
Приложение 355
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы (альбом)
Формат А-4 (альбомный)

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ ж. ____ аясының ____ айының ____ күні

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№ _____ бұйрығымен бекітілген № 355/е нысанды медициналық құ жаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 355/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20__ __ года № _____

Объектілердегі иксод кенелер саны көрсеткіштері

Показатели численности иксодовых клещей на объектах

Күні дата	Елді мекен дер Насел енные пункт ы	Қарал ған мал басы Осмо тreno живот ных	Кенел ер бар мал басы И з них с клеща ми	Кене түрлері Виды клещей				Барлық кенелер Всего клещей				Көптік индексі Индекс обилия		Кезде с у жиілі гінің индек сі Инде кс встре чаемо сти

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

A4 Форматы (кітапша)
Формат A4(книжный)

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы " ____ " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 356/е нысанды медициналық құжаттама
--	--

<p>Х а л ы қ т ы ң</p> <p>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</p> <p>Форма № 356/у</p> <p>Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 20__</p> <p>_ года № _____</p>
--	--

Зерттеп-қаралған учаске бойынша ақпарат

Информация по обследованному участку

- 1) Учаске атауы (сынама алынған орын) Наименование участка (место забора пробы) _____
- 2) Зерттеп-қарау күні, айы, жылы (Дата обследования число, месяц, год) _____
- 3) Секторы (Сектор) _____
- 4) Координаттары (Координаты) _____
- 5) Үлкен құмтышқанның қонысы (Поселение большой песчанки) _____
- 6) км 2-ге үлкен құмтышқандар колонияларының тығыздығы (Плотность колоний Б /п на/ км 2 _____
- 6) Колониялардағы тіршілік көзі (Обитаемость колоний) _____
- 7) км2-ге үлкен құмтышқандар саны (Число больших песчанок,на/км2) _____
- 8) Колониялардағы үлкен құмтышқандар саны
Число песчанок на колонию _____
- 9) Қосалқы таратушылардың қақпанға түсу %-ы Попадаемость второст.носителей на давилки % _____
- 10) Үйлер, киіз үйлер және т.б. саны Число домов, юрт,и др _____
- 11) Адамдардың болуы (Наличие людей) _____
- а) қызмет түрі
род занятий _____
- б) обаға қарсы егілгендер
привитые против чумы _____
- 13) Аталған учаскеге келген уақыты _____

Время пребывания на данном участке _____

14) Түйелердің болуы

Наличие верблюдов _____

а) обаға қарсы егілгендер

Привитые против чумы _____

б) жайылым жері

Место выпаса _____

15) Елді мекенде зерттеп-қаралды _____

Обследовано в населенном пункте

- м2 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 үнпарақтар, кітапшалар саны/ қамтылған адамдар

роздано листовок ,брошюр. количество / охвачено людей _____

17) Ескертпе (Примечание) _____

_____ Зоологтың Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии) зоолога _____
 _____ қолы (подпись), күні (дата)

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2026 жылғы " " _____
 № ____ бұйрығына
 357-қосымша
 Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 357-қосымша
 Приложение 357 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 20 августа 2021 года
 № ҚР ДСМ-84
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 357/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 357/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _ года № _____

Жұқпалы блокқа кіру журналы

Журнал посещения заразного блока

Басталуы (Начат) " " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20__ ж. (г.)

р/с № № п/п	Күні / Дата	Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) / Фамилия, Имя,	Лауазымы / Должность	Орындалған жұмыстың сипаты /	Жұмыстың басталған уақыты /	Жұмыстың аяқталған уақыты / Время завершения работы

		Отчество (при его наличии)		Характер выполняемых работ	Время начала работы	Спросить / Объяснить	Қолы / Подпись
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
358-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
358-қосымша

Приложение 358
к приказу

Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 358/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 358/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ года № _____

Қызметкерлердің температуралық режимін тіркеу журналы

Журнал регистрации температурного режима сотрудников

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Т.А. .Ә. (ол бол ған лау жағ азы		
---	--	--

№	дай да) / Ф.И .О. (при его нал ичи и)	мы / Дол жно сть	Ай / Месяц																	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

жалғасы / продолжение

Ай / Месяц													
19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына

359-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

359-қосымша

Приложение 359

к приказу

Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 359/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 359/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _ года № _____

Патогендігі I-II топтардағы патогенді биологиялық агенттерді және патогендігі III-IV топтардағы коллекциялық микроорганизмдерді микробиологиялық зертхана (ұйым) шегінде беру актілерін тіркеу журналы

Журнал регистрации актов передачи патогенных биологических агентов I–II групп патогенности и коллекционных микроорганизмов III–IV групп патогенности в пределах микробиологической лаборатории (организации)

Басталуы (Начат) " " 20 ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) " " 20 ж. (г.)

р/с № №п/п	Тіркеу № және күні № и дата регистрац ии	Талап қайдан түсті (зертхана, б өлімше атауы) Откуда поступило требовани е (название лаборатор ии , отделений)	(Өкімді кім берді (күні және тіркеу №) Кем дано распоряже ние (дата и регистрац ионный №)	Микроорг анизі мнің атауы (штамдар №) Наименов ание микроорга низма (№ штаммов)	Жіберілге н ыдыс саны (ыдыстың, қаптаманы ң түрі) Количеств о отпущенн ы х емкостей (в и д посуды, упаковки)	Микроорг анизі мді берген күн Дата выдачи микроорга низма	Өсіріндіні беретін адамның Т .А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы Ф.И.О. (при его наличии), должность , подпись лица, передающ е го культуру	Өсіріндіні алған адамның Т .А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы Ф.И.О. (при его наличии), должность , подпись лица, получивш е го 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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 360/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " __ " _____ 20__ года № _____

**Патогенді микроорганизмдерді жою актілерін тіркеу журналы Журнал регистрации актов
уничтожения патогенных микроорганизмов**

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

р/с № № п/п	Жоюды тіркеу № № регистра ции уничтоже ния	Өсіндіні жою күні Дата уничтоже ния культуры	Өсіріндіні і жоюға өкім берген адамның Т.А.Ә.(ол болған жағдайда) , лауазым ы Ф.И.О. (при его наличии), должност ь лица давшего распоряж ение на уничтоже ние культуры	Жою туралы өкім (номері, күні) Распоряж ение на уничтоже ние (номер, дата)	Микроор ганизмде рдің атауы Наимено вание микроорг анизмов	Жою әдісі / Метод уничтожения		Көлемі мен ыдыс түрі Количество и вид емкости	Жоюға қатысқан қызметке рлердің Т.А.Ә.(ол болған жағдайда) , лауазым ы, қолы Ф.И.О.(при его наличии), должност и , подписи специали стов принявш их участие в уничтоже ний
						Автоклав режимі (залалсыз кысымды , уақытты жазу) Автоклав режим (прописат ь давление, время)	Дезинфек циялық ертіндіні ң атауы, залалсыз дандыру уақыты (экспозиц иясы)/ Наимено вание дезинфек ционного раствора, время экспозиц ии		
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
Х а л ы қ т ы ң 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	А ш у актісінің тіркеу № № регистрац ии акта вскрытия	Ашу күні Дата вскрытия	Ұйымға жеткізілге н күні День доставки в организац ию	Ұйымнан жөнелтілг ен күні День отправки организац ии	Ұйым басшысын ы ң руқсатыны ң шығыс номері, күні Исходящи й номер, дата разрешени я руководит е л я организац ии	Микроорг анизмнің атаулары, нөмірлері Наименов ания, номера микроорга низма	Объект атауы және саны Наименов ание и количество о объекта	Өсіріндіні қабылдаға н адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы Ф.И.О. (при его наличии), должность , подпись л и ц принявшег о культуру

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____
№ ____ бұйрығына
362-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
362-қосымша

Приложение 362
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20_ _ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 362/е нысанды медициналық құжаттама
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения		Медицинская документация Форма № 362/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20_ _ года № _____

Виварий жануарларының кіріс-шығысын ай сайын тіркеу журналы

Журнал ежемесячной регистрации прихода-расхода животных вивария

Басталуы (Начат) " " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20__ ж. (г.)

НҚАсәйкес сақтау мерзімі/Срок хранения согласно НПА:

№	Айы	Ұйымның атауы	Өсірілген немесе алынған жануарлар саны Количество	Берілген жануарлар саны Количество выданных	Өлтірілгендер саны	Өздігінен өлгендер саны	Пайдаланылғандар саны	Қалдық	Қызметкердің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы Ф.И.О.
---	-----	---------------	---	--	--------------------	-------------------------	-----------------------	--------	---

	Месяц	Наименование организаций	выращенных или полученных животных	х животных	Количество убитых	Количество в о павших	Количество в о использо ванных	Остаток	(при его наличии), должность, подпись работника
1	2	3		4	5	6	7	8	9
Ақ тышқандар (Белые мыши)									
Теңіз шошқасы (Морская свинка)									
Қояндар (Кролики)									
Қойлар (Овцы)									
Тағы басқа жануар түрі (Другие виды животных)									

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2026 жылғы " " _____

№ ____ бұйрығына
363-қосымша

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
363-қосымша

Приложение 363
к приказу

Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 363/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>		<p>Медицинская документация Форма № 363/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 20__ года № _____</p>

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 начало дня ____	Өлтірілді Убито	Өздігінен өлгені Пало	Бөлімшелер ге, эпидемиологиялық жасақтарға және т.б. жіберілді Отправлено в отделения, эпидемиологические отряды и т.д.)	Қалдық Остаток	
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
Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 364/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 20__ года № _____

Қоректік орталардың жарамдылығын бақылау журналы
Журнал контроля пригодности питательных сред

Тіркеу № № регистрации	Күні Дата	Орталық атауы Наименование среды	Өндіруші, сериясы, салмағы Производитель серия, вес	Жарамдылық мерзімі Срок годности	Дайындалған күні Дата приготовления	Бақылау түрі Вид контроля	Тест-штампа Тест - штаммы	Себу дозасы Посевная доза	Инкубация шарттары Условия инкубаций	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Қорытынды Заклучение	Күні және жауапты адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Дата и Ф.И.О. (при его наличии) ответственного лица
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Ескертпе (Примечание):

Құжат электронды түрде толтырылған жағдайда қағаз түрінде толтыруды қажет етпейді және "___данада толтырылды" деген бөлігі толтырылмайды.

Не требует заполнения на бумажном носителе если документ заполняется в электронном виде и раздел "составлен в ___ экземплярах" не заполняется.

