

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау
министрлігіПриказ Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от 4 сентября 2026 года
№ 104. Зарегистрирован в
Министерстве юстиции
Республики Казахстан 7 сентября
2026 года № 39831Министерство здравоохранения Республики
Казахстан

**О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 20 августа 2021 года № ҚР ДСМ-84
«Об утверждении форм учетной и отчетной документации в сфере санитарно-
эпидемиологического благополучия населения»**

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 августа 2021 года № ҚР ДСМ-84 «Об утверждении форм учетной и отчетной документации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 24082) следующие изменения и дополнения:

пункт 1 изложить в следующей редакции:

«1. Утвердить:

1) форму акта отбора бактериологических тестов, согласно приложению 1 к настоящему приказу;

2) форму акта отбора биотестов, согласно приложению 2 к настоящему приказу;

3) форму акта отбора смывов, согласно приложению 3 к настоящему приказу;

4) форму акта отбора образцов воды, согласно приложению 4 к настоящему приказу;



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



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

5) форму акта отбора проб (воздуха, лекарственных форм, на стерильность), согласно приложению 5 к настоящему приказу;

6) форму акта отбора образцов почвы, согласно приложению 6 к настоящему приказу;

7) форму акта отбора пищевой (в том числе сырья) и непродовольственной продукции на проведение исследований, согласно приложению 7 к настоящему приказу;

8) форму акта отбора образцов на исследование радиоактивности, согласно приложению 8 к настоящему приказу;

9) форму акта отбора проб дезинфицирующих средств, согласно приложению 9 к настоящему приказу;

10) форму акта отбора проб внешней среды на зоонозные и особо опасные инфекции, согласно приложению 10 к настоящему приказу;

11) форму акта отбора проб клещей, согласно приложению 11 к настоящему приказу;

12) форму акта о результатах расследования случая неблагоприятного проявления после иммунизации, согласно приложению 12 к настоящему приказу;

13) форму акта о назначении расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, согласно приложению 13 к настоящему приказу;

14) форму акта о продлении сроков расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, согласно приложению 14 к настоящему приказу;

15) форму акта о результатах расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, согласно приложению 15 к настоящему приказу;

16) форму акта о назначении контрольного закупа продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, согласно приложению 16 к настоящему приказу;

17) форму акта покупки продукции (товара), согласно приложению 17 к настоящему приказу;

18) форму акта о результатах контрольного закупа продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, согласно приложению 18 к настоящему приказу;

19) форму направления на вирусологическое исследование, согласно приложению 19 к настоящему приказу;

20) форму направления в дезинфекционную камеру, согласно приложению 20 к настоящему приказу;

21) форму направления на исследование крови на маркеры вирусных гепатитов, согласно приложению 21 к настоящему приказу;

22) форму направления на исследование образцов проб на вирусологическое исследование, согласно приложению 22 к настоящему приказу;

23) форму направления материала (от обследуемого, больного человека) для исследования на корь, краснуху, согласно приложению 23 к настоящему приказу;

24) форму направления на санитарно-паразитологическое исследование, согласно приложению 24 к настоящему приказу;

25) форму направления материала от людей на микробиологические исследования, согласно приложению 25 к настоящему приказу;

26) форму направления материала от людей на исследования, согласно приложению 26 к настоящему приказу;

27) форму направления на исследование материала на наличие возбудителя холеры, согласно приложению 27 к настоящему приказу;

28) форму результата исследования материала на наличие возбудителя холеры, согласно приложению 28 к настоящему приказу;

29) форму протокола исследования образцов пищевых продуктов и продовольственного сырья, согласно приложению 29 к настоящему приказу;

30) форму протокола микробиологического исследования воды, согласно приложению 30 к настоящему приказу;

31) форму протокола микробиологического исследования смывов, согласно приложению 31 к настоящему приказу;

32) форму протокола микробиологического исследования пищевых продуктов и продовольственного сырья, согласно приложению 32 к настоящему приказу;

33) форму протокола микробиологического исследования (воздуха, почвы, лекарственных форм и прочие (указать необходимое)), согласно приложению 33 к настоящему приказу;

34) форму результата микробиологического исследования на носительство, согласно приложению 34 к настоящему приказу;

35) форму результата бактериологического исследования фекалий, согласно приложению 35 к настоящему приказу;

36) форму протокола исследования образца переработки нефтепродуктов и специальных жидкостей, согласно приложению 36 к настоящему приказу;

37) форму протокола исследования сырья и пищевых продуктов на молекулярно-генетические испытания, согласно приложению 37 к настоящему приказу;

38) форму протокола исследования пищевых продуктов методом иммуноферментного анализа (ИФА), согласно приложению 38 к настоящему приказу;

39) форму результата микробиологического исследования на зоонозные и особо опасные инфекции, согласно приложению 39 к настоящему приказу;

40) форму протокола исследования образца непродовольственной продукции и сырья, согласно приложению 40 к настоящему приказу;

41) форму протокола измерений концентрации аэроионов, согласно приложению 41 к настоящему приказу;

42) форму протокола измерения уровней вибрации, согласно приложению 42 к настоящему приказу;

43) форму протокола измерения уровней шума, звукоизоляций, согласно приложению 43 к настоящему приказу;

44) форму протокола измерения электромагнитного поля, инфракрасного, ультрафиолетового и лазерного излучений, согласно приложению 44 к настоящему приказу;

45) форму протокола исследования растениеводческой продукции на содержание нитратов, согласно приложению 45 к настоящему приказу;

46) форму протокола исследования образцов сельскохозяйственной продукции, продуктов питания, воды, почвы, воздушной среды (на высокоточном оборудовании), согласно приложению 46 к настоящему приказу;

47) форму протокола исследования дезинфицирующих средств, согласно приложению 47 к настоящему приказу;

48) форму результата серологических исследований на (вид инфекции), согласно приложению 48 к настоящему приказу;

49) форму протокола исследования образцов на санитарную вирусологию, согласно приложению 49 к настоящему приказу;

50) форму результата исследований образцов на (вид инфекции), согласно приложению 50 к настоящему приказу;

51) форму протокола исследования радиоактивности древесного сырья и изделий из дерева, согласно приложению 51 к настоящему приказу;

52) форму протокола исследования радиоактивности почвы, согласно приложению 52 к настоящему приказу;

53) форму протокола исследования радиоактивности строительных материалов и изделий, согласно приложению 53 к настоящему приказу;

54) форму протокола исследования радиоактивности удобрений, согласно приложению 54 к настоящему приказу;

55) форму протокола исследования радиоактивности объектов окружающей среды и отходов производства, согласно приложению 55 к настоящему приказу;

56) форму протокола исследования радиоактивности воды, согласно приложению 56 к настоящему приказу;

57) форму протокола дозиметрического контроля рабочих мест, согласно приложению 57 к настоящему приказу;

58) форму протокола дозиметрического контроля, согласно приложению 58 к настоящему приказу;

59) форму протокола исследований радиоактивности атмосферного воздуха и осадков, согласно приложению 59 к настоящему приказу;

60) форму протокола исследований на висцеральный и кожный лейшманиоз, согласно приложению 60 к настоящему приказу;

61) форму протокола исследований грудного молока, согласно приложению 61 к настоящему приказу;

62) форму протокола дозиметрических и радиометрических измерений при работе с радиоактивными веществами в открытом виде, согласно приложению 62 к настоящему приказу;

63) форму протокола дозиметрических измерений рентгеновского излучения в рентгеновском кабинете, согласно приложению 63 к настоящему приказу;

64) форму протокола дозиметрического контроля металла, изделия из металла и металлолома, согласно приложению 64 к настоящему приказу;

65) форму протокола измерений содержания радона и продуктов его распада в воздухе помещений, согласно приложению 65 к настоящему приказу;

66) форму протокола измерения индивидуальных доз, согласно приложению 66 к настоящему приказу;

67) форму результата микробиологического исследования, согласно приложению 67 к настоящему приказу;

68) форму протокола исследования радиоактивности золы, согласно приложению 68 к настоящему приказу;

69) форму протокола исследования радиоактивности материалов, сырья изделий, согласно приложению 69 к настоящему приказу;

70) форму протокола исследования радиоактивности пищевых продуктов, согласно приложению 70 к настоящему приказу;

71) форму протокола исследования радиоактивности топливно - энергетического минерального сырья, согласно приложению 71 к настоящему приказу;

72) форму протокола спектрометрического измерения человека, согласно приложению 72 к настоящему приказу;

73) форму протокола исследования снимаемого загрязнения методом мазков, согласно приложению 73 к настоящему приказу;

74) форму протокола проведения измерений мощности экспозиционной дозы пациентов после радионуклидной терапии, согласно приложению 74 к настоящему приказу;

75) форму протокола исследования готовых блюд и полуфабрикатов, согласно приложению 75 к настоящему приказу;

76) форму протокола отбора и исследования проб атмосферного воздуха населенных мест, согласно приложению 76 к настоящему приказу;

77) форму протокола отбора и исследования проб воздуха закрытых помещений и рабочей зоны, согласно приложению 77 к настоящему приказу;

78) форму протокола измерений освещенности, согласно приложению 78 к настоящему приказу;

79) форму протокола измерений метеорологических факторов, согласно приложению 79 к настоящему приказу;

80) форму протокола исследования образцов питьевой воды централизованного и нецентрализованного водоснабжения, согласно приложению 80 к настоящему приказу;

81) форму протокола исследования образцов поверхностных водных объектов и сточных вод, согласно приложению 81 к настоящему приказу;

82) форму протокола энтомологического исследования членистоногих, согласно приложению 82 к настоящему приказу;

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

84) форму результата исследования соскоба с перианальных складок, согласно приложению 84 к настоящему приказу;

85) форму результата паразитологического исследования фекалий, соскобов с перианальных складок, согласно приложению 85 к настоящему приказу;

86) форму результата исследования крови на малярию, согласно приложению 86 к настоящему приказу;

87) форму результата серологических исследований на паразитарные заболевания, согласно приложению 87 к настоящему приказу;

88) форму протокола санитарно-паразитологического исследования, согласно приложению 88 к настоящему приказу;

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

90) форму протокола исследования готовых блюд, рационов на калорийность, согласно приложению 90 к настоящему приказу;

91) форму протокола исследования качества питательных сред, согласно приложению 91 к настоящему приказу;

92) форму протокола измерений содержания радона и продуктов его распада в воздухе (измерение плотности потока радона с поверхности грунта), согласно приложению 92 к настоящему приказу;

93) форму протокола измерений промышленных предприятий, согласно приложению 93 к настоящему приказу;

94) форму протокола исследования образцов пыли, согласно приложению 94 к настоящему приказу;

95) форму протокола об административном правонарушении, согласно приложению 95 к настоящему приказу;

96) форму протокола разъяснения прав, согласно приложению 96 к настоящему приказу;

97) форму постановления главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о временном отстранении лиц от работы, согласно приложению 97 к настоящему приказу;

98) форму постановления о временном отстранении от работы (учебы) лиц состоявших в близком контакте с инфекционным и паразитарным больным, согласно приложению 98 к настоящему приказу;

99) форму постановления главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о приостановлении деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действий), согласно приложению 99 к настоящему приказу;

100) форму постановления о проведении санитарно-противоэпидемических (заключительных дезинфекционных) и санитарно-профилактических мероприятий, согласно приложению 100 к настоящему приказу;

101) форму рекомендации об устранении нарушений, выявленных по результатам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля и надзора, согласно приложению 101 к настоящему приказу;

102) форму постановления Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан о введении временных санитарных мер, согласно приложению 102 к настоящему приказу;

103) форму постановления главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о запрещении деятельности по производству продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия), согласно приложению 103 к настоящему приказу;

104) форму постановления главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об изъятии и отзыве с реализации продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза, согласно приложению 104 к настоящему приказу;

105) форму постановления главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об организации направления лиц на госпитализацию, согласно приложению 105 к настоящему приказу;

106) форму постановления по делу об административном правонарушении, согласно приложению 106 к настоящему приказу;

107) форму частного представления главного государственного санитарного врача о принятии мер по устранению случаев нарушения законности, а также причин и условий, способствующих совершению административных правонарушений, согласно приложению 107 к настоящему приказу;

108) форму журнала регистрации постановлений Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан о введении временных санитарных мер, согласно приложению 108 к настоящему приказу;

109) форму журнала регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о запрещении деятельности по производству продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия), согласно приложению 109 к настоящему приказу;

110) форму журнала регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о проведении санитарно-противоэпидемических (заключительных дезинфекционных) и санитарно-профилактических мероприятий, согласно приложению 110 к настоящему приказу;

111) форму журнала регистрации профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля и надзора, согласно приложению 111 к настоящему приказу;

112) форму журнала регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о временном отстранении лиц от работы, согласно приложению 112 к настоящему приказу;

113) форму журнала регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о приостановлении деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действий), согласно приложению 113 к настоящему приказу;

114) форму журнала регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об изъятии и отзыве с реализации продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза, согласно приложению 114 к настоящему приказу;

115) форму журнала регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об организации направления лиц на госпитализацию, согласно приложению 115 к настоящему приказу;

116) форму журнала регистрации постановлений о прекращении рассмотрения производства по делу об административном правонарушении, согласно приложению 116 к настоящему приказу.

117) форму журнала регистрации профессиональных заболеваний и отравлений, согласно приложению 117 к настоящему приказу;

118) форму журнала регистрации пищевых отравлений, согласно приложению 118 к настоящему приказу;

119) форму журнала регистрации серологических исследований образцов из окружающей среды, согласно приложению 119 к настоящему приказу;

120) форму журнала регистрации стерилизации приготовленных питательных сред, согласно приложению 120 к настоящему приказу;

121) форму журнала регистрации технического обслуживания средств измерений и испытательного оборудования, согласно приложению 121 к настоящему приказу;

122) форму журнала учета медицинских иммунобиологических препаратов, согласно приложению 122 к настоящему приказу;

123) форму журнала учета результатов исследования образцов воды (на высокоточном оборудовании), согласно приложению 123 к настоящему приказу;

124) форму журнала регистрации калибровки дозаторов, согласно приложению 124 к настоящему приказу;

125) форму журнала 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), согласно приложению 125 к настоящему приказу;

126) форму журнала регистрации исследования по определению микробной трансглютаминазы в продуктах питания, согласно приложению 126 к настоящему приказу;

127) форму журнала регистрации исследования по определению массовой концентрации сухого молока в продуктах питания, согласно приложению 127 к настоящему приказу;

128) форму журнала регистрации калибровки весов, согласно приложению 128 к настоящему приказу;

129) форму журнала регистрации контроля качества дистиллированной воды, согласно приложению 129 к настоящему приказу;

130) форму журнала регистрации контроля параметров окружающей среды, согласно приложению 130 к настоящему приказу;

131) форму журнала регистрации контроля паровых и воздушных стерилизаторов, сухожаровых шкафов (автоклавов) и дезинфекционных камер, согласно приложению 131 к настоящему приказу;

132) форму журнала регистрации калибровки рН метра, согласно приложению 132 к настоящему приказу;

133) форму журнала регистрации контроля температуры термостата, согласно приложению 133 к настоящему приказу;

134) форму журнала регистрации подключения и стерилизации центрифуги, согласно приложению 134 к настоящему приказу;

135) форму журнала регистрации стерилизации лабораторной посуды, согласно приложению 135 к настоящему приказу;

136) форму журнала регистрации проб по межлабораторным сличительным испытаниям и внешней оценки качества, согласно приложению 136 к настоящему приказу;

137) форму журнала регистрации аварии в лаборатории, согласно приложению 137 к настоящему приказу;

138) форму журнала регистрации микробиологических исследований грудного молока, согласно приложению 138 к настоящему приказу;

139) форму журнала регистрации микробиологических исследований парфюмерно-косметической продукции, согласно приложению 139 к настоящему приказу;

140) форму журнала регистрации микробиологических исследований по определению остаточных количеств гормонов в продуктах питания и животноводства, согласно приложению 140 к настоящему приказу;

141) форму журнала регистрации микробиологических исследований средств личной гигиены, согласно приложению 141 к настоящему приказу;

142) форму журнала регистрации микробиологических исследований продукции, предназначенной для детей и подростков, согласно приложению 142 к настоящему приказу;

143) форму журнала регистрации микробиологических исследований игрушек, согласно приложению 143 к настоящему приказу;

144) форму журнала регистрации определения чувствительности к антибактериальным препаратам (культур выделенных из внешней среды), согласно приложению 144 к настоящему приказу;

145) форму журнала регистрации микробиологических исследований крови на выявление возбудителя брюшного тифа, паратифа А и В, согласно приложению 145 к настоящему приказу;

146) форму журнала регистрации исследований на висцеральный и кожный лейшманиоз, согласно приложению 146 к настоящему приказу;

147) форму журнала регистрации исследований металла, изделий из металла и металлолома, согласно приложению 147 к настоящему приказу;

148) форму журнала регистрации и выдачи результатов исследования образцов переработки нефтепродуктов и специальных жидкостей, согласно приложению 148 к настоящему приказу;

149) форму журнала регистрации дозиметрического контроля в рентгенологических кабинетах (лучевой диагностики и терапии), согласно приложению 149 к настоящему приказу;

150) форму журнала регистрации и выдачи результатов экспресс-исследований, согласно приложению 150 к настоящему приказу;

151) форму журнала регистрации образцов (проб) не пригодных к испытанию (бракеражный), согласно приложению 151 к настоящему приказу;

152) форму журнала регистрации несоответствий и мероприятий по проведению корректирующих действий, согласно приложению 152 к настоящему приказу;

153) форму журнала учета отработанного времени бактерицидной лампы, согласно приложению 153 к настоящему приказу;

154) форму журнала учета температурного режима холодильного оборудования, холодильных и морозильных комнат или камер, согласно приложению 154 к настоящему приказу;

155) форму журнала регистрации проведения уборки, согласно приложению 155 к настоящему приказу;

156) форму журнала ежедневного учета медицинских отходов, согласно приложению 156 к настоящему приказу;

157) форму журнала учета, оценки поставщиков и поставляемой ими продукции, согласно приложению 157 к настоящему приказу;

158) форму журнала учета хозяйствующих субъектов, использующих источники ионизирующего излучения и движения радиоактивных веществ, согласно приложению 158 к настоящему приказу;

159) форму журнала регистрации результатов индивидуальной дозиметрии, согласно приложению 159 к настоящему приказу;

160) форму журнала регистрации образцов и выдачи результатов исследования сырья и пищевых продуктов на содержание генетически модифицированных объектов (ГМО) методом полимеразно-цепной реакций (ПЦР), согласно приложению 160 к настоящему приказу;

161) форму журнала учета сезонной динамики численности имаго москитов, согласно приложению 161 к настоящему приказу;

162) форму журнала учета численности иксодовых клещей-переносчиков клещевого энцефалита по результатам рекогносцировочных обследований на территориях, согласно приложению 162 к настоящему приказу;

163) форму журнала учета работ по борьбе с личинками и имаго кровососущих членистоногих, согласно приложению 163 к настоящему приказу;

164) форму журнала учета численности насекомых по результатам экстенсивных обследований (массовый отлов), согласно приложению 164 к настоящему приказу;

165) форму журнала регистрации сезонной динамики численности личинок Анофелес, согласно приложению 165 к настоящему приказу;

166) форму журнала регистрации результатов изучения видового состава кровососущих членистоногих, согласно приложению 166 к настоящему приказу;

167) форму журнала регистрации обратившихся с укусами (нападением) насекомых и клещей, согласно приложению 167 к настоящему приказу;

168) форму журнала регистрации образца и выдачи результатов исследований пищевых продуктов (на высокоточном оборудовании), согласно приложению 168 к настоящему приказу;

169) форму журнала регистрации образцов и результатов исследования готовых блюд, рационов на калорийность, согласно приложению 169 к настоящему приказу;

170) форму журнала учета результатов исследования образцов воды поверхностных водных объектов и сточных вод, согласно приложению 170 к настоящему приказу;

171) форму журнала учета результатов исследования образцов питьевой воды централизованного и нецентрализованного водоснабжения, согласно приложению 171 к настоящему приказу;

172) форму журнала регистрации образцов и результатов исследования почвы, согласно приложению 172 к настоящему приказу;

173) форму журнала регистрации отбора и исследования образца атмосферного воздуха населенных мест, согласно приложению 173 к настоящему приказу;

174) форму журнала регистрации образца и выдачи результатов исследования воздуха закрытых помещений и рабочей зоны, согласно приложению 174 к настоящему приказу;

175) форму журнала регистрации образцов и выдачи результатов исследований дезинфицирующих средств (содержание действующего вещества), согласно приложению 175 к настоящему приказу;

176) форму журнала регистрации токсикологических исследований, согласно приложению 176 к настоящему приказу;

177) форму журнала регистрации исследования образца непродовольственной продукции и сырья, согласно приложению 177 к настоящему приказу;

178) форму журнала регистрации образца и учета результатов исследования продуктов питания и объектов окружающей среды на остаточное количество пестицидов, действующих веществ пестицидов и минеральных удобрений, согласно приложению 178 к настоящему приказу;

179) форму журнала регистрации измерений и выдачи результатов исследований освещенности, согласно приложению 179 к настоящему приказу;

180) форму журнала регистрации измерений шума, звукоизоляций, инфразвука, ультразвука и вибрации, согласно приложению 180 к настоящему приказу;

181) форму журнала регистрации измерений электромагнитного поля (ЭМП), инфракрасного, ультрафиолетового и лазерного излучений, согласно приложению 181 к настоящему приказу;

182) форму журнала регистрации образцов, поступающих на исследование радиоактивности и результатов их исследования, согласно приложению 182 к настоящему приказу;

183) форму журнала регистрации радиометрических исследований, согласно приложению 183 к настоящему приказу;

184) форму журнала регистрации радиохимических исследований, согласно приложению 184 к настоящему приказу;

185) форму журнала регистрации радиационного контроля и исследований, согласно приложению 185 к настоящему приказу;

186) форму журнала регистрации гамма-фона местности, согласно приложению 186 к настоящему приказу;

187) форму журнала регистрации образцов материала от людей, согласно приложению 187 к настоящему приказу;

188) форму журнала регистрации микробиологических исследований на кишечную группу инфекций, согласно приложению 188 к настоящему приказу;

189) форму журнала регистрации микробиологических исследований на стафилококк, согласно приложению 189 к настоящему приказу;

190) форму журнала регистрации микробиологических исследований на дифтерию, согласно приложению 190 к настоящему приказу;

191) форму журнала регистрации определения видовой принадлежности клещей, насекомых, согласно приложению 191 к настоящему приказу;

192) форму журнала регистрации микробиологических исследований на коклюш и паракоклюш, согласно приложению 192 к настоящему приказу;

193) форму журнала регистрации микробиологических исследований на менингококк, согласно приложению 193 к настоящему приказу;

194) форму журнала регистрации микробиологических исследований образцов пищевых продуктов, согласно приложению 194 к настоящему приказу;

195) форму журнала регистрации микробиологических исследований образцов воды, согласно приложению 195 к настоящему приказу;

196) форму журнала регистрации микробиологических исследований образцов почвы, согласно приложению 196 к настоящему приказу;

197) форму журнала регистрации микробиологических исследований смывов, согласно приложению 197 к настоящему приказу;

198) форму журнала регистрации микробиологических исследований образцов воздуха, согласно приложению 198 к настоящему приказу;

199) форму журнала регистрации микробиологических исследований лекарственных (аптечных) форм, согласно приложению 199 к настоящему приказу;

200) формы журнала регистрации микробиологических исследований на стерильность, согласно приложению 200 к настоящему приказу;

201) форму журнала учета движения заразного материала, согласно приложению 201 к настоящему приказу;

202) форму журнала учета выделенных культур и их уничтожения, согласно приложению 202 к настоящему приказу;

203) форму журнала регистрации культур, поступивших на исследование, согласно приложению 203 к настоящему приказу;

204) форму журнала учета отпуска культур и токсинов за пределы организации, согласно приложению 204 к настоящему приказу;

205) форму журнала регистрации приготовления и контроля питательных сред, согласно приложению 205 к настоящему приказу;

206) форму журнала учета движения музейных культур, согласно приложению 206 к настоящему приказу;

207) форму журнала регистрации посетителей режимных лабораторий, согласно приложению 207 к настоящему приказу;

208) форму журнала регистрации образцов из окружающей среды и выдачи результатов исследований, согласно приложению 208 к настоящему приказу;

209) форму журнала регистрации микробиологических исследований консервов, согласно приложению 209 к настоящему приказу;

210) форму журнала регистрации обеззараживания отработанного материала, согласно приложению 210 к настоящему приказу;

211) форму журнала регистрации образцов и выдачи результатов серологических исследований образцов от людей на особо опасные и зоонозные инфекции, согласно приложению 211 к настоящему приказу;

212) форму журнала регистрации биологических исследований, согласно приложению 212 к настоящему приказу;

213) форму журнала контроля активности иммунобиологических препаратов, согласно приложению 213 к настоящему приказу;

214) форму журнала внутри лабораторного контроля качества дезинфекции (смывы), согласно приложению 214 к настоящему приказу;

215) форму журнала регистрации внутрилабораторного контроля воздуха, согласно приложению 215 к настоящему приказу;

216) форму журнала регистрации серологических исследований образцов от людей, согласно приложению 216 к настоящему приказу;

217) форму журнала регистрации микробиологических исследований образцов материала от людей на (вид инфекции), согласно приложению 217 к настоящему приказу;

218) форму журнала регистрации образцов для исследования на (вид инфекции), согласно приложению 218 к настоящему приказу;

219) форму журнала регистрации получения культур из-за рубежа, согласно приложению 219 к настоящему приказу;

220) форму журнала регистрации образцов для определения иммунитета к (вид инфекции), согласно приложению 220 к настоящему приказу;

221) форму журнала регистрации серологических исследований на вирусные гепатиты, согласно приложению 221 к настоящему приказу;

222) форму журнал учета результатов идентификации штаммов, согласно приложению 222 к настоящему приказу;

223) форму журнала регистрации вирусологических исследований на (вид инфекции), согласно приложению 223 к настоящему приказу;

224) форму журнала регистрации результатов серологических исследований на культуре ткани, согласно приложению 224 к настоящему приказу;

225) форму журнала регистрации лиц, обследуемых на возбудителей паразитарных заболеваний, согласно приложению 225 к настоящему приказу;

226) форму журнала учета дезинфекционных мероприятий в очагах инфекционных заболеваний, согласно приложению 226 к настоящему приказу;

227) форму журнала регистрации камерной обработки мягкого инвентаря (одежды и постельных принадлежностей), согласно приложению 227 к настоящему приказу;

228) форму журнала регистрации санитарно-паразитологических исследований, согласно приложению 228 к настоящему приказу;

229) форму журнала регистрации исследований образцов домашней пыли, пуховых и перьевых изделий на наличие клещей домашней пыли, согласно приложению 229 к настоящему приказу;

230) форму журнала регистрации серологических исследований на паразитарные заболевания, согласно приложению 230 к настоящему приказу;

231) форму журнала регистрации биопробных животных, согласно приложению 231 к настоящему приказу;

232) форму журналу регистрации и выдачи результатов исследований образцов от людей на бруцеллез (гемокультура), согласно приложению 232 к настоящему приказу;

233) форму журнала регистрации серологических исследований на корь /краснуху, согласно приложению 233 к настоящему приказу;

234) форму журнала регистрации люминесцентных исследований на (вид инфекции), согласно приложению 234 к настоящему приказу;

235) форму журнал регистрации образцов для исследования на санитарную вирусологию, согласно приложению 235 к настоящему приказу;

236) форму рабочего журнала регистрации выделения и идентификации выделенных культур возбудителя бруцеллеза, согласно приложению 236 к настоящему приказу;

237) форму рабочего журнала регистрации исследования образцов от объектов внешней среды методом иммуноферментного анализа (ИФА), согласно приложению 237 к настоящему приказу;

238) форму рабочего журнала регистрации исследования образцов материала от людей методом иммуноферментного анализа (ИФА), согласно приложению 238 к настоящему приказу;

239) форму рабочего журнала регистрации микробиологических исследований на сибирскую язву, согласно приложению 239 к настоящему приказу;

240) форму рабочего журнала регистрации микробиологических исследований на пастереллез, согласно приложению 240 к настоящему приказу;

241) форму журнала регистрации молекулярно-генетических исследований, согласно приложению 241 к настоящему приказу;

242) форму журнала регистрации и выдачи результатов молекулярно-генетического исследования образцов от объектов внешней среды, согласно приложению 242 к настоящему приказу;

243) форму журнала регистрации и выдачи результатов молекулярно-генетического исследования образцов от людей, согласно приложению 243 к настоящему приказу;

244) форму рабочего журнала регистрации микробиологических исследований на зоонозные инфекции, согласно приложению 244 к настоящему приказу;

245 форму журнала регистрации микробиологических исследований на туляремию, согласно приложению 245 к настоящему приказу;

246) форму журнала регистрации образцов и результатов исследований объектов внешней среды на наличие возбудителя холеры, согласно приложению 246 к настоящему приказу;

247) форму журнала регистрации образцов и приема проб, согласно приложению 247 к настоящему приказу;

248) форму журнала регистрации учета характеристики выделенных культур холеры, согласно приложению 248 к настоящему приказу;

249) форму журнала регистрации образцов материала от людей и результатов исследования на наличие возбудителя холеры, согласно приложению 249 к настоящему приказу;

250) форму журнала регистрации измерений концентрации аэроионов, согласно приложению 250 к настоящему приказу;

251) форму рабочего журнала регистрации микробиологических исследований пищевых отравлений, согласно приложению 251 к настоящему приказу;

252) форму журнала регистрации микробиологических исследований пищевых отравлений (исследований на ботулотоксин), согласно приложению 252 к настоящему приказу;

253) форму рабочего журнала регистрации микробиологических исследований пищевых отравлений (исследований на возбудителя ботулизма), согласно приложению 253 к настоящему приказу;

254) форму журнала регистрации микробиологических исследований на иерсиниоз, согласно приложению 254 к настоящему приказу;

255) форму журнала регистрации микробиологических исследований по определению остаточных количеств антибиотиков в продуктах животноводства, согласно приложению 255 к настоящему приказу;

256) форму журнала регистрации исследований по определению остаточных количеств антибактериальных препаратов в продуктах питания и животноводства, согласно приложению 256 к настоящему приказу;

257) форму журнала регистрации микробиологических исследований крови на стерильность, согласно приложению 257 к настоящему приказу;

258) форму журнала регистрации и учета проб исследования клинического материала от людей (антибиотикочувствительность), согласно приложению 258 к настоящему приказу;

259) форму журнала регистрации проб исследования клинического материала от людей (дисбактериоз), согласно приложению 259 к настоящему приказу;

260) форму журнала регистрации образцов и учета результатов исследования растениеводческой продукции на содержание нитратов, согласно приложению 260 к настоящему приказу;

261) форму журнал регистрации обследуемых на малярию, согласно приложению 261 к настоящему приказу;

262) форму журнала регистрации внутри лабораторного контроля (смывы) в паразитологических лабораториях, согласно приложению 262 к настоящему приказу;

263) форму журнала учета динамики численности имаго гнуса, согласно приложению 263 к настоящему приказу;

264) форму журнала учета сезонной динамики численности личинок гнуса, согласно приложению 264 к настоящему приказу;

265) форму журнала учета динамики численности имаго клещей, согласно приложению 265 к настоящему приказу;

266) форму журнала учета фенологических наблюдений за энтомофауной и клещами, согласно приложению 266 к настоящему приказу;

267) форму журнала регистрации испытаний антимикробной активности дезинфицирующих средств на возбудителей особо опасных инфекций, согласно приложению 267 к настоящему приказу;

268) форму журнала регистрации измерений и выдачи результатов исследований метеорологических факторов, согласно приложению 268 к настоящему приказу;

269) форму журнала регистрации лиц, пострадавших от укусов, ослюнений, оцарапывания животными, согласно приложению 269 к настоящему приказу;

270) форму журнала регистрации очесов эктопаразитов млекопитающих, согласно приложению 270 к настоящему приказу;

271) форму журнала учета дозиметрического контроля дефектоскопов, источников ионизационного излучения и спектрометров, согласно приложению 271 к настоящему приказу;

272) форму журнала учета инфекционных и паразитарных заболеваний государственными органами санитарно-эпидемиологического контроля, согласно приложению 272 к настоящему приказу;

273) форму журнала регистрации спектрометрических исследований, согласно приложению 273 к настоящему приказу;

274) форму журнала регистрации обследований промышленных объектов, согласно приложению 274 к настоящему приказу;

275) форму журнала регистрации измерений, проведенных в рентгенологических кабинетах, согласно приложению 275 к настоящему приказу;

276) форму журнала регистрации измерения звукоизоляций ограждающих конструкций, согласно приложению 276 к настоящему приказу;

277) форму журнала регистрации протоколов об административных правонарушениях, согласно приложению 277 к настоящему приказу;

278) форму журнала учета исследований в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, согласно приложению 278 к настоящему приказу;

279) форму полевого журнала учета численности мелких млекопитающих, согласно приложению 279 к настоящему приказу;

280) форму карты учета профессионального заболевания (отравления), согласно приложению 280 к настоящему приказу;

281) форму карты эпидемиологического обследования очага инфекционного и паразитарного заболевания, согласно приложению 281 к настоящему приказу;

282) форму карты эпизоотолого-эпидемиологического обследования очага зоонозного заболевания, согласно приложению 282 к настоящему приказу;

283) форму карты эпидемиологического обследования очага бациллярной формы туберкулеза, согласно приложению 283 к настоящему приказу;

284) форму карты учета носителя бактерий брюшного тифа, паратифов А, В, согласно приложению 284 к настоящему приказу;

285) форму карты эпидемиологического расследования случая укуса, ослонения, оцарапывания пострадавшего животным, согласно приложению 285 к настоящему приказу;

286) форму карты контроля текущей дезинфекции в очаге инфекционного заболевания, согласно приложению 286 к настоящему приказу;

287) форму карты контроля организации и проведения текущей дезинфекции в медицинских и других организациях, согласно приложению 287 к настоящему приказу;

288) форму наряда на дезинсекцию, дератизацию, согласно приложению 288 к настоящему приказу;

289) форму наряда на заключительную дезинфекцию, согласно приложению 289 к настоящему приказу;

290) форму результата иммуноферментного анализа, согласно приложению 290 к настоящему приказу;

291) форму результата бактериологических исследований материала от людей и определения чувствительности к антимикробным препаратам, согласно приложению 291 к настоящему приказу;

292) форму результата серологических исследований материала от людей, согласно приложению 292 к настоящему приказу;

293) форму результата определения чувствительности к антимикробным препаратам, согласно приложению 293 к настоящему приказу;

294) форму результата полимеразной цепной реакции, согласно приложению 294 к настоящему приказу;

295) форму санитарно-эпидемиологического заключения, согласно приложению 295 к настоящему приказу;

296) форму санитарно-эпидемиологической характеристики условий труда работающего при подозрений у него профессионального заболевания (отравления), согласно приложению 296 к настоящему приказу;

297) форму справки о проведении дезинфекции по наряду, согласно приложению 297 к настоящему приказу;

298) форму квитанции на вещи, согласно приложению 298 к настоящему приказу;

299) форму паспорта водоема, согласно приложению 299 к настоящему приказу;

300) форму сводной ведомости учета результатов рекогносцировочных обследований территорий на наличие иксодовых клещей-переносчиков особо опасных инфекций, согласно приложению 300 к настоящему приказу;

301) форму уведомления (извещения) о явке в государственный орган санитарно-эпидемиологической службы, согласно приложению 301 к настоящему приказу;

302) форму определения о процессуальных действиях по делу об административных правонарушениях, согласно приложению 302 к настоящему приказу;

303) форму эпидемиологического расследования случая полиомиелита или острого вялого паралича, согласно приложению 303 к настоящему приказу;

304) форму дневника учета работы на стационарах по учету численности млекопитающих, согласно приложению 304 к настоящему приказу;

305) форму акта закупа продукции (товаров), согласно приложению 305 к настоящему приказу;

306) форму журнала регистрации решений о проведении контрольного закупа, согласно приложению 306 к настоящему приказу;

307) форму журнала регистрации уведомлений о результатах контрольного закупа, согласно приложению 307 к настоящему приказу;

308) форму журнала учета уведомлений приостановленных товаров (временно запрещенных для ввоза товаров), согласно приложению 308 к настоящему приказу;

309) форму постановления о приостановлении действия разрешительного документа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, согласно приложению 309 к настоящему приказу;

310) форму журнала регистрации образца и выдачи результатов исследований пищевых продуктов, согласно приложению 310 к настоящему приказу;

311) форму протокола микробиологических исследований автоклавов и дезкамер, согласно приложению 311 к настоящему приказу;

312) форму протокола исследования образцов угля, согласно приложению 312 к настоящему приказу;

313) форму журнала регистрации исследований образцов угля, согласно приложению 313 к настоящему приказу;

314) форму акта отбора образцов табака, табачных изделий, электронных и других систем потребления, согласно приложению 314 к настоящему приказу;

315) форму протокола исследования образцов табака, табачных изделий, электронных и других систем потребления, согласно приложению 315 к настоящему приказу;

316) форму журнала регистрации исследований образцов табака, табачных изделий, электронных и других систем потребления, согласно приложению 316 к настоящему приказу;

317) форму протокола измерения функциональных размеров ученической мебели, согласно приложению 317 к настоящему приказу;

318) форму журнала регистрации измерения функциональных размеров ученической мебели, согласно приложению 318 к настоящему приказу;

319) форму протокола исследования радиоактивности растительности, согласно приложению 319 к настоящему приказу;

320) форму результата исследования образцов воды (для гемодиализа и сопутствующей терапии), согласно приложению 320 к настоящему приказу;

321) форму журнала учета результатов исследования образцов воды (для гемодиализа и сопутствующей терапии), согласно приложению 321 к настоящему приказу;

322) форму протокола исследования дистиллированной воды, согласно приложению 322 к настоящему приказу;

323) форму протокола исследования воды плавательных бассейнов, согласно приложению 323 к настоящему приказу;

324) форму протокола исследования образцов экспресс-методом, согласно приложению 324 к настоящему приказу;

325) форму протокола исследования образцов сельскохозяйственной продукции, продуктов питания, воды, почвы, воздушной среды на определение остаточных количеств пестицидов, согласно приложению 325 к настоящему приказу;

326) форму журнала регистрации образцов и результатов исследования почвы (на высокоточном оборудовании), согласно приложению 326 к настоящему приказу;

327) форму журнала внутрилабораторного контроля, согласно приложению 327 к настоящему приказу;

328) форму журнала регистрации серологических исследований (кишечная группа инфекций), согласно приложению 328 к настоящему приказу;

329) форму журнала регистрации серологических исследований на коклюш и паракоклюш, согласно приложению 329 к настоящему приказу;

330) форму журнала регистрации микробиологических исследований на скарлатину, согласно приложению 330 к настоящему приказу;

331) форму журнала регистрации образцов на генетическую характеристику методом секвенирования, согласно приложению 331 к настоящему приказу;

332) форму анкеты направления в лабораторию для генетической характеристики вирусных инфекций, согласно приложению 332 к настоящему приказу;

333) форму журнала регистрации и выдачи результатов генетической характеристики вирусных образцов, согласно приложению 333 к настоящему приказу;

334) форму журнала регистрации и выдачи результатов генетической характеристики бактериальных образцов, согласно приложению 334 к настоящему приказу;

335) форму журнала учета расхода дезинфицирующих препаратов, согласно приложению 335 к настоящему приказу;

336) форму журнала учета использования дезинфицирующих препаратов, согласно приложению 336 к настоящему приказу;

337) форму экспертного заключения по измерению звукоизоляции, согласно приложению 337 к настоящему приказу;

338) форму акта санитарно-карантинного контроля (при наличии риска возникновения чрезвычайных ситуаций), согласно приложению 338 к настоящему приказу;

339) форму журнала регистрации результатов лабораторных исследований по острой респираторной вирусной инфекции, согласно приложению 339 к настоящему приказу;

340) форму журнала регистрации результатов исследования гриппозной инфекции, согласно приложению 340 к настоящему приказу;

341) форму журнала учета количества твердых бытовых отходов, согласно приложению 341 к настоящему приказу;

342) форму повестки о явке по месту рассмотрения протокола об административном правонарушении, согласно приложению 342 к настоящему приказу.

343) форму дневника учета проведенной работы (зоологической), согласно приложению 343 к настоящему приказу;

344) форму журнала регистрации эколого-физиологического состояния популяций блох, согласно приложению 344 к настоящему приказу

345) форму протокола исследования полевого материала, согласно приложению 345 настоящему приказу;

346) форму ведомости обследования населенных пунктов на наличие грызунов, согласно приложению 346 к настоящему приказу;

347) форму дневника учета работ в населенном пункте (закрытая станция), согласно приложению 347 к настоящему приказу;

348) форму регистрации индекса доминирования клещей по видам (окрестности населенных пунктов), согласно приложению 348 к настоящему приказу;

349) форму направления на исследование клещей на Конго-Крымскую геморрагическую лихорадку, согласно приложению 349 к настоящему приказу;

350) форму журнала учета результатов исследования клещей на Конго-Крымскую геморрагическую лихорадку, согласно приложению 350 к настоящему приказу;

351) форму паспорта штамма возбудителя чумы, согласно приложению 351 к настоящему приказу;

352) форму описи добытого полевого материала, согласно приложению 352 к настоящему приказу;

353) форму паразитологической сводки, согласно приложению 353 к настоящему приказу;

354) форму журнала регистрации эктопаразитологических исследований и их результатов, согласно приложению 354 к настоящему приказу;

355) форму учета показателей численности иксодовых клещей на объектах, согласно приложению 355 к настоящему приказу;

356) форму информации по обследованному участку, согласно приложению 356 к настоящему приказу;

357) форму журнала посещения заразного блока, согласно приложению 357 к настоящему приказу;

358) форму журнала регистрации температурного режима сотрудников, согласно приложению 358 к настоящему приказу;

359) форму журнала регистрации актов передачи патогенных биологических агентов I–II групп патогенности и коллекционных микроорганизмов III–IV групп патогенности в пределах микробиологической лаборатории (организации), согласно приложению 359 к настоящему приказу;

360) форму журнала регистрации актов уничтожения патогенных микроорганизмов, согласно приложению 360 к настоящему приказу;

361) форму журнала регистрации актов вскрытия емкостей с патогенными микроорганизмами, согласно приложению 361 к настоящему приказу;

362) форму журнала ежемесячной регистрации прихода-расхода животных вивария, согласно приложению 362 к настоящему приказу;

363) форму журнала ежедневной регистрации количества животных вивария, согласно приложению 363 к настоящему приказу;

364) форму журнала контроля пригодности питательных сред, согласно приложению 364 к настоящему приказу.»;

приложения 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 и 12 изложить в новой редакции согласно приложениям 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 и 12 к настоящему приказу;

приложения 12-1, 12-2, 12-3, 12-4, 12-5 и 12-6 исключить;

приложения 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 и 95 изложить в новой редакции согласно приложениям 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 и 95 к настоящему приказу;

приложение 95-1 исключить;

приложения 96 и 97 изложить в новой редакции согласно приложениям 96 и 97 к настоящему приказу;

приложения 97-1 и 97-2 исключить;

приложение 98 изложить в новой редакции согласно приложению 98 к настоящему приказу;

приложение 98-2 исключить;

приложения 99, 100 и 101 изложить в новой редакции согласно приложениям 99, 100 и 101 к настоящему приказу;

приложение 101-1 исключить;

приложения 102 и 103 изложить в новой редакции согласно приложениям 102 и 103 к настоящему приказу;

приложения 103-1 и 103-2 исключить;

приложения 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 и 273 изложить в новой редакции согласно приложениям 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 и 273 к настоящему приказу;

приложение 273-1 исключить;

приложения 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 и 299 изложить в новой редакции согласно приложениям 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 и 299 к настоящему приказу;

дополнить приложениями 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 и 364 согласно приложениям 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 и 364 к настоящему приказу.

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

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

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

3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Юридический департамент Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта.

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

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

Министр здравоохранения Республики Казахстан

А. Альназарова

Приложение 1 к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 4 сентября 2026 года
№ 104

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

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

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № _____ 001/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 001/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан 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.

Приложение 2
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Биотесттерді алу актісі
Акт отбора биотестов

(от) « ____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

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

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

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

4. Дезинфекциялық камераның атауы (Наименование дезинфекционной камеры)

5. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора)

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

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

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

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

10. Сақтау шарттары (Условия хранения)

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

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

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

Қолы (Подпись) _____

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

Қолы (Подпись) _____

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

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

Приложение 3
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Шайындыларды алу актісі
Акт отбора смывов
(от) « » _____ 20 ____ ж. (г.)

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

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

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

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

5. Үлгіні алу мақсаты (Цель отбора образца)

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

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

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

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

10. Сақтау шарттары (Условия хранения)

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

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

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

Қолы (Подпись) _____

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

(при его наличии) производившего отбор образцов)

Қолы (Подпись) _____

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

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

Приложение 4
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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 нысаны медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 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 мөрдін (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.

Приложение 5
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

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

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

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

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

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

(от) «__» _____ 20____ ж. (г.)

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

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

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

4. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора)

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

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

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

8. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

9. Сақтау шарттары (Условия хранения)

10. Үлгіні консервациялау әдістері (Методы консервации образца)

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)	Алынған үлгілер атауының тізбесі (Перечень наименований отобранных образцов)	Үлгіні алу орны Место отбора образца	Алынған үлгілер саны (Количество отобранных образцов)	Үлгінің салмағы, көлемі (Вес, объем)	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
---	---	---	--	---	---	---	---

				об- раз- ца)			номер пе- чати (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.

Приложение 6
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Топырақ үлгілерін алу актісі
Акт отбора образцов почвы

(от) «__» _____ 20 __ ж. (г.)

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

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

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

4. Сынама алынған орын (Место отбора)

5. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора)

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

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

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

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

10. Сақтау шарттары (Условия хранения)

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

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

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

присутствии которого произведен отбор)

Қолы (Подпись) _____

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

Қолы (Подпись) _____

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

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

Приложение 7
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

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

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

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

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

(от) _____ 20 ____ жыл (год)

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

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

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

4. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

5. Үлгіні алу мақсаты (Цель отбора образца)

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

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

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

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

10. Сақтау шарттары (Условия хранения)

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

12. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

Тіркеу нө- мірі	Алынған үл- гілердің тіз- бесі	Өнім өндірушісінің ата- уы, оның мекенжайы	Алынған өнімнің са- ны, салмағы, көлемі	Өндірі- лген күні	Жарам- дылық мерзімі	Пар- тия нөмі- рі	Алынған өнім- нің құны
--------------------	--------------------------------------	---	--	-------------------------	----------------------------	----------------------------	---------------------------

(Регистра- ционный номер)	(Перечень отобранных образцов)	(Наименование произво- дителя продукции, его адрес)	(Количество, вес, объем отобранной продукции)	(Дата произ- вод- ства)	(Срок годно- сти)	(Но- мер пар- тии)	(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.

Приложение 8
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

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

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

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

Радиоактивтілікті зерттеуге үлгілерді алу актісі
Акт отбора образцов на исследование радиоактивности

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

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

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

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

4. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

5. Үлгіні алу мақсаты (Цель отбора образца)

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

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

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

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

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Алынған үлгілер тізбесі (Перечень отобранных образцов)	Алынған үлгілер саны (Количество отобранных образцов)	Үлгінің сал- мағы, көлемі (Вес, объем об- разца)	Қаптаманың түрі мен мөрдін (пломба) нөмірі (Вид упаковки и номер печати (пломбы))
1	2	3	4	5

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

присутствии которого произведен отбор)

Қолы (Подпись) _____

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

Қолы (Подпись) _____

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

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

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

Приложение 9
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

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

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

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

Дезинфекциялау заттарының сынамаларын алу актісі
Акт отбора проб дезинфицирующих средств

(от) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

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

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

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

4. Сынама алу орны (Место отбора)

5. Сынама алу мақсаты (Цель отбора)

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

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

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

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

10. Сақтау шарттары (Условия хранения)

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

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

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

присутствии которого произведен отбор)

Қолы (Подпись)_____

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

Қолы (Подпись)_____

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

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

Приложение 10
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

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

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

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

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

Акт отбора проб внешней среды на зоонозные и особо опасные инфекции

(от) «__» _____ 20__ ж. (г.)

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

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)

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

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

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

7. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

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

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

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

произведен отбор)

Қолы (Подпись) _____

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

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

Қолы (Подпись) _____

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

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

Приложение 11
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Кенелердің сынамаларын алу актісі
Акт отбора проб клещей

(от) «__» _____ 20__ ж. (г.)

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

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

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

4.Тұрғылықты мекенжайы (адрес проживания)

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

6. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

7. Үлгіні алу мақсаты (Цель отбора образца)

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

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

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

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

12. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

13. Сақтау шарттары (Условия хранения)

14. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

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

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

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

Қолы (Подпись) _____

*Байланыс мәліметтері (контактные данные)

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

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

Қолы (Подпись) _____

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

Қолы (Подпись) _____

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

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

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

Приложение 12
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

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

**Иммундаудан кейінгі қолайсыз көрініс
жағдайын тергеп-тексеру нәтижелері туралы
акті**

**Акт о результатах расследования случая неблагоприятного
проявления после иммунизации**

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

А БӨЛІМІ Негізгі ақпарат	
Раздел А Базовая информация	
Өңір/ облыс Аудан ИКҚК жағдайының сәйкестендіру №	
Регион/область Район Идентификационный № случая НППИ	
Вакцинация орны (): ☐ Мемлекет. ЕПМ ☐ Жеке. ЕПМ ☐ Басқа (көрсетіңіз) _____	
Место вакцинации (): ☐ Госуд. ЛПУ ☐ Частное ЛПУ ☐ Другое (укажите) _____	
Вакцинация орны (): ☐ Науқан ☐ Жоспарлы ☐ Басқа (көрсетіңіз) _____	
Вакцинация (): ☐ Кампания ☐ Плановая ☐ Другое (укажите) _____	
Вакцинация жүргізілетін жердің мекенжайы:	
Адрес места проведения вакцинации:	
Есепті жасаған тұлғаның ТАӘ (ол болған жағдайда):	Тергеп-тексеру күні: ____ / ____ / ____
ФИО (при его наличии) лица, составившего отчет:	Дата расследования: ____ / ____ / ____
	Нысанды толтыру күні: ____ / ____ / ____
	Дата заполнения формы: ____ / ____ / ____
Лауазымы:	Бұл есеп:
Должность:	Этот отчет: ☐ Алғашқы
	☐ первичный
	☐ Аралық
	☐ промежуточный
	☐ соңғы
	☐ окончательный
Тел. (стационарлық) (коды бар): Моб. тел.:	е-mail:
Тел. (стационарный) (с кодом): Моб. тел.:	
Пациенттің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)	
Жынысы	

(пол): ☐ Е (М) ☐ Ә (Ж)

Ф.И.О. (при его наличии) пациента

(кластердегі әрбір жағдай үшін жеке пішіндерді толтырыңыз) (заполните отдельные формы на каждый случай в кластере)

Туған күні (КК/АА/ЖЖЖЖ): ____ / ____ / ____

Дата рождения (ДД/ММ/ГГГГ): ____ / ____ / ____

Немесе ИКҚК дамуы кезіндегі жасы: ____ жыл ____ ай ____ күн немесе

И.Л.И. возраст при развитии НППИ: ____ лет ____ месяцев ____ дней И.Л.И.

жас тобы: ☐ < 1 жас ☐ 1-5 жас ☐ > 5 жасвозрастная группа: ☐ < 1 года ☐ 1-5 лет ☐ > 5 лет

Барлық деректерді (көше, үй нөмірі, елді мекеннің атауы, телефон нөмірі және т. б.) дәл көрсете отырып, пациенттің толық тұрғылықты мекен жайы:

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

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

				Еріткіш /Раствори-тель	Еріткіш /Раствори-тель
				Вакци-на/Вак-цина	Вакцина /Вакцина
				Еріткіш /Раствори-тель	Еріткіш /Раствори-тель

Егу пунктiнiң түрi () ☐ Стационарлық ☐ Мобильді ☐ Көшпелі ☐ Басқа _____

Тип прививочного пункта () ☐ Стационарный ☐ Мобильный ☐ Выездной ☐ Другое _____

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

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

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

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

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

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

Тергеп-тексеру күніндегі жағдай () ☐ Қайтыс болды ☐ Мүгедектік ☐

Сауығу процесі

Состояние на дату расследования Умер Инвалидность Процесс выздоровления

Толық сауығу Белгісіз

Полное выздоровление Неизвестно

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

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

Патологиялық-анатомиялық зерттеу жүргізілді ме? () Иә ☐ (Да) күні

(дата) _____ ☐ Жок (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/ Ре-зультат	Пікірлер (Егер со-лай болса, мәлімет-терді 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/ Заболевания 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 ☐ переносным ☐ Масса тела при рождении: ☐ Босану ☐ қалыпты ☐ кесар тілігі ☐ тәсілмен (қысқыштар, вакуум және т. б.) ☐ асқинумен ☐ (көрсетіңіз) Роды нормальные ☐ кесарево сечение ☐ способом (щипцы, вакуум и т.д.) ☐ осложненные (укажите) ☐		
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 мекемеде әрбір антигенмен егілгендер саны (Число привитых каждым антигеном в учреждении в ходе сессии) Қолжетімді болса, тіркеу журналын қоса беріңіз (Приложите журнал регистрации, если доступен)	Вакцинаның атауы Наименование вакцины													
	Енгізілген дозалар саны Число введенных доз													

а) Пациентке вакцинация қашан жүргізілді? ☐ - БАРЛЫҚ сұрақтар үшін керектісін белгілеңіз

Когда проводилась вакцинация пациента? отметьте нужное для ВСЕХ вопросов

☐ Сессия шеңберіндегі алғашқы екпелердің бірі ☐ 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? Наблюдались ли ошибка при назначении или в виде несоблюдения рекомендаций по применению этой вакцины?	Иә (Да) / Жоқ (Нет)
в) Тергеп-тексеру нәтижелері бойынша сіз енгізілген вакцина (оның ингредиенттері) стерильді емес болуы мүмкін деп ойлайсыз ба? По результатам расследования считаете ли вы, что введенная вакцина (ее ингредиенты) могли быть нестерильными?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)
д) Тергеп-тексеру нәтижелері бойынша вакцинаның физикалық жағдайы (мысалы, түсі, лайлануы, бөгде қоспалар және т. б.) енгізу кезінде сәйкес келмеді ме? По результатам расследования считаете ли вы, что физическое состояние вакцины (напр., цвет, мутность, инородные примеси и т.д.) было несоответствующим во время введения?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)
е) Тергеп-тексеру нәтижелері бойынша вакцинадор вакцинаны сұйылту/ дайындау кезінде қате жіберілді деп ойлайсыз ба (мысалы, дұрыс емес препарат, дұрыс емес еріткіш, дұрыс емес араластыру, шприцті дұрыс толтырмау және т. б.)? По результатам расследования считаете ли вы, что вакцинадором допущена ошибка при разведении/ подготовке вакцины (напр., неверный препарат, неверный растворитель, неправильное смешивание, неправильное заполнение шприца и т.д.)?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)
ф) Тергеп-тексеру нәтижелері бойынша вакцинамен жұмыс істеу кезінде қате жіберілді деп ойлайсыз ба (мысалы, тасымалдау, сақтау және/немесе егу сессиясы барысында суық тізбек жағдайларының бұзылуы және т. б.)? По результатам расследования считаете ли вы, что допущена ошибка при обращении с вакциной (напр., нарушение условий холодовой цепи при транспортировке, хранении и/или в ходе прививочной сессии и т.д.)?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)
г) Тергеп-тексеру нәтижелері бойынша вакцина дұрыс қолданылмады деп ойлайсыз ба (мысалы, дұрыс емес доза, дұрыс емес орын немесе енгізу әдісі, иенің дұрыс емес өлшемі, инъекцияның тиісті практикасын сақтамау және т. б.)? По результатам расследования считаете ли вы, что вакцина была применена неправильно (напр., неверная доза, неправильное место или способ введения, неверный размер иглы, несоблюдение надлежащей практики инъекций и т.д.)?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)
һ) Зардап шегушімен бірдей құтыдан/ампуладан вакцина енгізілген адамдардың саны Число лиц, которым была введена вакцина из того же флакона/ампулы, что и пострадавшему	
і) Сол бір егу сессиясы кезінде қарастырылып отырған вакцина енгізілген адамдардың саны Число лиц, которым рассматриваемая вакцина была введена во время той же прививочной сессии	
ж) Басқа мекемелерде сондай партия/серия нөмірімен вакцина енгізілген адамдардың саны. Сол мекемелерді көрсетіңіз: _____ Число лиц, которым в других учреждениях была введена рассматриваемая вакцина с тем же номером партии/серии. Укажите эти учреждения: _____	
к) Бұл жағдай жағдайлар кластеріне қатысты ма? Относится ли этот случай к кластеру случаев?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизв.
і. Егер иә болса, кластерде тағы қанша жағдай анықталды? Если да, сколько других случаев выявлено в кластере?	

а. Кластердегі барлық зардап шеккендерге сол бір құтыдағы вакцина егілді ме? Были ли все пострадавшие в кластере привиты вакциной из одного и того же флакона?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизв.
б. Егер олай болмаса, зардап шеккендерді вакцинациялау үшін пайдаланылған құтылардың санын көрсетіңіз (толық ақпаратты бөлек көрсетіңіз) Если нет, то укажите число флаконов, которые использовались для вакцинации пострадавших (подробную информацию укажите отдельно)	

Осы жауаптар бойынша түсініктемелерді міндетті түрде жеке парақтарда ұсыныңыз

Обязательно представьте разъяснения по этим ответам на отдельных листах

Е БӨЛІМІ Қарастырылып отырған вакцина қолданылған мекемедегі (мекемелердегі) иммундау практикасы РАЗДЕЛ Е Практика иммунизации в учреждении(-ях), где применялась рассматриваемая вакцина (Бұл бөлімді сауалнамалар және/немесе іс жүзінде емішараларды бақылау нәтижелері бойынша толтырыңыз) (Заполните этот раздел по результатам распросов и/или наблюдений за процедурами на практике)																		
Қолданылатын шприцтер мен инелер: Используемые шприцы и иглы:																		
Вакцинация үшін өздігінен бұғатталатын (ӨБ) шприцтер қолданылады ма? Используются ли для вакцинации самоблокирующиеся (СБ) шприцы?			Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизв.															
Олай болмаса, шприцтердің қандай түрлері қолданылатынын көрсетіңіз: Если нет, укажите, какие применяются типы шприцев: ☐ Шыны ☐ Бір реттік ☐ Бір рет қолданылатын, бірақ қайта қолданылатын ☐ Басқа _____ Стеклянные Одноразовые Одноразовые, но применяемые повторно Другое _____																		
Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер: Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:																		
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 Бір вакцинанан бірнеше құтысын сұйылту үшін бір шприц қолданылады ма? Используется ли один и тот же шприц для разведения нескольких флаконов одной и той же вакцины? Әртүрлі вакциналарды сұйылту үшін бір шприц қолданылады ма? Используется ли один и тот же шприц для разведения разных вакцин? Вакцина бар әрбір құтыны сұйылту үшін бөлек шприц қолданылады ма? Используется ли отдельный шприц для разведения каждого флакона с вакциной? Әр егу кезінде сұйылту үшін бөлек шприц қолданылады ма? Используется ли отдельный шприц для разведения при каждой прививке?			Мәртебесі (Статус) <table border="1"> <tr> <td>Иә (Да)</td> <td>Жоқ (Нет)</td> <td>ҚК (НП)</td> </tr> <tr> <td>Иә (Да)</td> <td>Жоқ (Нет)</td> <td>ҚК (НП)</td> </tr> <tr> <td>Иә (Да)</td> <td>Жоқ (Нет)</td> <td>ҚК (НП)</td> </tr> <tr> <td>Иә (Да)</td> <td>Жоқ (Нет)</td> <td>ҚК (НП)</td> </tr> <tr> <td>Иә (Да)</td> <td>Жоқ (Нет)</td> <td>ҚК (НП)</td> </tr> </table>	Иә (Да)	Жоқ (Нет)	ҚК (НП)	Иә (Да)	Жоқ (Нет)	ҚК (НП)	Иә (Да)	Жоқ (Нет)	ҚК (НП)	Иә (Да)	Жоқ (Нет)	ҚК (НП)	Иә (Да)	Жоқ (Нет)	ҚК (НП)
Иә (Да)	Жоқ (Нет)	ҚК (НП)																
Иә (Да)	Жоқ (Нет)	ҚК (НП)																
Иә (Да)	Жоқ (Нет)	ҚК (НП)																
Иә (Да)	Жоқ (Нет)	ҚК (НП)																
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)
<i>Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер:</i> <i>Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:</i>			
Ғ Бөлімі Суық тізбек және тасымалдау Раздел F Холодовая цепь и транспортировка <i>(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)</i>			
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)	
егер иә болса, вакцинаны тоңазытқышқа салғаннан кейін +2- +8° С шегінен асатын температурада қандай да бір ауытқулар байқалды ма? Если да, отмечались ли какие-либо отклонения в температуре, выходящие за пределы +2+8° С, после помещения вакцины в холодильник?		Иә (Да) / Жоқ (Нет)	
егер иә болса, температура режимінің мониторингі нәтижелерін қоса беріңіз. Если да, приложите результаты мониторинга температурного режима.			
• Вакциналарды, еріткіштерді және шприцтерді сақтаудың тиісті рәсімдері сақталды ма? Соблюдались ли надлежащие процедуры хранения вакцин, растворителей и шприцев?		Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизв	
• Тоңазытқышта немесе мұздатқышта басқа препараттар / өнімдер (РПИ вакциналары мен вакцина еріткіштерінен басқа) сақталады ма? Хранятся ли в холодильнике или морозильнике другие препараты/товары (отличные от вакцин РПИ и растворителей для вакцин)?		Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизв	
• Тоңазытқышта жартылай пайдаланылған қалпына келтірілген вакциналар табылды ма? Обнаружены ли в холодильнике частично использованные восстановленные вакцины?		Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизв	
• Тоңазытқышта қолдануға жарамсыз вакциналар (жарамдылық мерзімі өтіп кеткен, таңбаланбаған, 3 немесе 4 сатыдағы ФТИ, мұздатылған) табылды ма? Обнаружены ли в холодильнике какие-либо вакцины, не пригодные для использования (с истекшим сроком годности, без маркировки, ФТИ на стадиях 3 или 4, замороженные?)		Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизв	
• Қоймада қолдануға жарамсыз вакцинаға арналған еріткіштер (жарамдылық мерзімі өткен, керекті өндірушіге сәйкес келмейтін, жарылған ампулаларда, ластанған ампулаларда) табылды ма? Обнаружены ли на складе какие-либо растворители для вакцин, не пригодные для использования (с истекшим сроком годности, не соответствующие нужному производителю, в треснутых ампулах, загрязненных ампулах)?		Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизв	
<i>Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер:</i> <i>Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:</i>			
Транспортировка вакцины:			

Вакцинаны тасымалдау:	
Вакцинаны тасымалдау үшін қолданылған тоңазытқыш сөмкесінің түрі Тип сумки-холодильника, который применялся для транспортировки вакцины	
• Тоңазытқыш сөмкесі вакцинация жүргізілген күні егу пунктіне жіберілді ме? Была ли сумка-холодильник отправлена на прививочный пункт в тот день, когда проводилась вакцинация?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизв
• Тоңазытқыш сөмкесі вакцинация жасалған күні егу пунктінен қайтарылды ма? Была ли сумка-холодильник возвращена из прививочного пункта в тот день, когда проводилась вакцинация?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизв
• Дайындалған (кондиционерленген) суық элементтер қолданылды ма? Использовались ли подготовленные (кондиционированные) хладоэлементы?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизв
<i>Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер:</i> <i>Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:</i>	
G Бөлімі Жергілікті қоғамдастық деңгейіндегі тергеп-тексеру (елді мекенге баруды және ата-аналардан/басқалардан сауалнама алу-ды 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 • Вакцинацияланған/вакцинированы: _____ • Вакцинацияланбаған/ не вакцинированы: _____ • Деректер жоқ/ нет данных: _____	
Қосымша түсіндірмелер/Дополнительные комментарии:	
H БӨЛІМІ Басқа алынған деректер / бақылаулар / түсіндірмелер Раздел H Другие полученные данные/наблюдения/комментарии	

Приложение 13
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года
№ _____

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

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

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Мөр орны	Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)
Место печати	Ф.И.О. (при его наличии)

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

Приложение 14
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 014/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган-
ның басшысы

Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического
благополучия населения

Мөр орны

Место пе-
чати

Т.А.Ә. (ол болған
жағдайда)

Ф.И.О. (при его на-
личии)

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

Приложение 15
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9. Басқа ақпарат (Иная информация):

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

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

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

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

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

Приложение 16
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

A4 Форматы

Формат A4

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Мөр орны	Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)
Место печати	Ф.И.О. (при его наличии)

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

Приложение 17
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

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

«__» _____ 20 ____ ж (г).

(толтыру орны)
(место составления)

Мен, лауазымды тұлға (Мною, должностным лицом)

(мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)

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

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

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

Приложение 18
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

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

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

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

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

**Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласында
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).

Приложение 19
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

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

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

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

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

Вирусологиялық зерттеуге жолдама
Направление на вирусологическое исследование

(от) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Медициналық ұйымның атауы (Наименование медицинской организации)

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

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

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

5. Жасы (Возраст)

6. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)

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

8. Ауырған күні (Дата заболевания)

9. Емдеуге жатқызу күні (Дата госпитализации)

10. Материал алынған күн (Дата взятия материала)

11. Диагнозы (Диагноз)

12. Аурудың негізгі симптомдары (Основные симптомы заболевания)

13. Қысқа эпидемиологиялық анамнез (Краткий эпидемиологической анамнез)

14. Екпелер саны (Количество прививок)

15. Соңғы егілу күні (Дата последней прививки)

Дәрігер (Врач)

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

Приложение 20
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

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

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

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

Дезинфекциялау камерасына жолдама
Направление в дезинфекционную камеру

Наряд бойынша (По наряду) № _____

Тұлғадан қабылданды (Приняты от физического лица)

Мекенжайы (Адрес)

Дезинфекциялау үшін алыну себебі (для дезинфекции по поводу)

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

_____ 20__ жылы (году)

Заттарды дезинфекциялау камерасына өткіздім (Вещи сдал в дезинфекционную камеру)

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

_____ 20__
жыл (год)

Камерада заттарды қабылдап алдым (Вещи из камеры принял)

Приложение 21
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

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

1. Тіркеу № (регистрационный №)

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

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

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

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

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

7. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)

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

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

10. Жасы (Возраст)

11. Тексерілетін адамның ЖСН-і (ИИН обследуемого)

12. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)

13. Жұмыс орны (Место работы)

14. Диагнозы (Диагноз)

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

_____ данада толтырылды (составлен в __ экземплярах)*.

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

Приложение 22
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

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

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

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

Сынама үлгілерін _____ вирусологиялық зерттеуге
жолдама
(инфекция түрін көрсету)

Направление на исследование образцов проб на вирусологическое
исследование

(указать вид инфекции)

1. Тіркеу № (регистрационный №)

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

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

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

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

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

7. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)

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

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

10. Жасы (Возраст)

11. Зерттелушінің ЖСН-і (ИИН обследуемого)

12. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)

13. Жұмыс орны (Место работы)

14. Диагнозы (Диагноз)

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

_____ данада толтырылды (составлен в ____ экземплярах) *

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

Приложение 23
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

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

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

Облысы, ауданы/қаласы: Область, район/город:	Науқас адамның эпиднөмірі: 1	Күні: /// ж
---	---------------------------------	----------------

		Эпидномер больного человека: 1	Дата: / / г	
Науқас адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда):		Е	Ә	
Ф.И.О. (при его наличии) больного человека:		М	Ж	
Науқас адамның ЖСН-і (ИИН больного человека)	Туған күні: / / жыл Дата рождения: / / года	Жасы (айы): / / ж Возраст (месяц): / / л		
Кәмелеттік жасқа толмаған балалар үшін анасының /әкесінің/қамқоршысының Т.А.Ә. (ол болған жағдайда): Ф.И.О. (при его наличии) матери/отца/опекуна для несовершеннолетних детей:				
Мекенжайы: Адрес:				
Қызылшаға, 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:				

Приложение 24
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Санитариялық-паразитологиялық зерттеуге жолдама
Направление на санитарно-паразитологическое исследование

1. Тіркеу № (регистрационный №)

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

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

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

5. Сынама алынған орын (место отбора пробы) _____

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

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

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

9. Зерттеу мақсаты (Цель исследования на):

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

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

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

Приложение 25
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

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

1. Сынаманың атауы (Наименование пробы)

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

3. Тексерілетін адамның ЖСН-і (ИИН обследуемого)

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)

Приложение 26
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Адамдардан алынған материалды _____ зерттеуге жолдама

Направление материала от людей на _____ исследования

1. Сынаманың атауы (Наименование пробы)

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

3. Жасы (Возраст)

4. Тексерілетін адамның ЖСН-і (ИИН обследуемого)

5. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)

6. Жұмыс орны (Место работы)

7. Диагнозы (Диагноз)

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

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

10. Антибиотикті қабылдау (Применение антибиотиков)

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

12. Сынамаларды зерттеу мақсаты (Цель исследования пробы)

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

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

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

16. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

17. Қосымша ақпарат (Дополнительная информация):

Ауырған күні (Дата заболевания)

Қай елден келді (Страна прибытия)

Науқаспен байланыс (Контакт с больным) _____

Симптомдары (Симптомы)

Приложение 27
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 027/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 027/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

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

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

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

3. Жасы (Возраст)

4. Мекенжайы (Адрес)

5. Жұмыс орны (Место работы)

6. Диагнозы (Диагноз)

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

8. Бірінші рет немесе қайталап (Первичный или повторный)

9. Антибиотикті қабылдағаны туралы (Применения антибиотика)

10. Жіберген мекеме (Направляющее учреждение)

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

Приложение 28
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген №028/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 028/у 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 проводилось на соответствие нормативного документа)

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

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

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

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

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

Приложение 29
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

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

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген № ____ 029/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 029/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Тамақ өнімдерінің және азық-түлік шикізатының үлгілерін зерттеу
хаттамасы**

**Протокол исследования образцов пищевых продуктов и продовольственного
сырья**

№ _____ от «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

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

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)

4. Мөлшері (Количество)

5. Зерттеудің мақсаты (Цель исследования)

6. Көлемі (Объем)

7. Партия нөмірі (Номер партий)

8. Шығарылған күні (Дата выработки)

9. Жарамдылық мерзімі (Срок годности)

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

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

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

13. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

14. Сақтау шарттары (Условия хранения)

15. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

16. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

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

18. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

**Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)**

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

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

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

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

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

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

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

Приложение 30
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 30
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

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

Суды микробиологиялық зерттеу хаттамасы

Протокол микробиологического исследования воды

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

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

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца)

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

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

6. Көлемі (Объем)

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

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

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

10. Сақтау шарттары (Условия хранения)

11. Сумен жабдықтау түрі (Тип водоснабжения)

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

13. Қосымша ақпарат (Дополнительная информация) _____

Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)

Сынаманың тіркеу нөмірі (Регистрационный номер пробы)	Сынама атауы (Наименование пробы)	Көрсеткіштердің атауы (Наименование показателей)	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	НҚ бойынша норма (Норма по НД)	Зерттеу нәтижесі (Результат испытания)	Сынақ әдісіне арналған НҚ

						(НД на ме- тод испыта- ния)
1	2	3	4	5	6	7

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

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

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

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

Сынау нәтижелері тек 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)

Приложение 31
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 31
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 031/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 031/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Шайындыларды микробиологиялық зерттеу хаттамасы
Протокол микробиологического исследования смывов

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

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

2. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца)

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

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

5. Мөлшері (Количество)

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

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

8. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

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

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)

Үлгі нө- мірі (Номер образца)	Үлгіні алу орны және нүктелері (Место и точки от- бора)	Нәтиже Результат				Ескерт- пе (При- меча- ние)
		Ішек таяқшалары тобының бактериялары (Бактерии группы кишеч- ных палочек)	Алтын түстес стафилококк (Золотистый ста- филококк)	Патогенді флора (Патоген- ная флора)	Шартты патоген- ді флора (Условно пато- генная флора)	
1	2	3	4	5	6	7

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

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

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

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

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

Приложение 32
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 32
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 032/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 032/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Тамақ өнімдерін және азық-түлік шикізатын микробиологиялық зерттеу
хаттамасы**

**Протокол микробиологического исследования пищевых продуктов и
продовольственного сырья**

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

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

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца)

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

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

6. Мөлшері (Количество)

7. Партия нөмірі (Номер партий)

8. Шығарылған күні (Дата выработки)

9. Жарамдылық мерзімі (Срок годности)

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

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

12. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

13. Сақтау шарттары (Условия хранения)

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

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрацион- ный номер)	Үлгінің атауы (Наимено- вание образца)	Микробиологиялық көрсеткіштер (Микробиологические показатели)	Зерттеу нәтиже- лері (Результаты ис- следований)	Нормаланатын көрсеткіш (Нормируемый показатель)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытания)
1	2	3	4	5	6

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

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

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

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

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

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

Приложение 33
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 33
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 033/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 033/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года №__

Микробиологиялық зерттеу (ауаны, топырақты, дәрілік нысандарды және басқалар (керегін көрсетіңіз)) хаттамасы
Протокол микробиологического исследования (воздуха, почвы, лекарственных форм и прочие (указать необходимое))

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

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

2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца)

3. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца)

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

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

6. Көлемі (Объем)

7. Мөлшері (Количество)

8. Партия нөмірі (Номер партий) _____

9. Шығарылған күні (Дата выработки)

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

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

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

13. Сақтау шарттары (Условия хранения)

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

15. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

**Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)**

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

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

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

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

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

Сынау нәтижелері тек 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)

Приложение 34
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

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

Приложение 34
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 034/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 034/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Тасымалдаушылыққа микробиологиялық зерттеу нәтижесі
Результат микробиологического исследования на носительство

№ _____ от «__» _____ 20__ ж.(г.)

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

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)

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

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

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

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

8. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

9. Сақтау шарттары (Условия хранения)

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

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

**Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)**

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

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

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

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

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

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

Приложение 35
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

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

Приложение 35
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 035/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 035/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Нәжісті бактериологиялық зерттеу нәтижесі
Результат бактериологического исследования фекалий

№ _____ от «__» _____ 20____ ж. (г.)

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

2. ЖСН-і (ИИН)

3. Жасы (Возраст)

4. Зерттеу алғашқы, қайталап (исследование первичное, повторное) астын сызыңыз (подчеркнуть)

5. Медициналық ұйым (Медицинская организация)

6. Үлгінің келіп түскен күні (Дата поступления образца)

7. Зерттеу аяқталған күн (Дата окончания исследования)

8. Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

№	Микрофлора	1 грамдағы нормасы (Норма в 1 грамме)		Зерттеу нәти- жесі (Результат ис- следования)
		1 жасқа дей- ін балалар (Дети до го- да)	Ере- сектер (Взрос- лые)	
1.	Ішек тұқымдастығының патогенді микробтары (Патогенные микробы семейства кишечных)	0	0	
2.	Бифидобактериялар (Бифидобактерии)	10^9 - 10^{10}	10^8 - 10^9	
3.	Лактобактериялар (Лактобактерии)	10^6 - 10^7	10^7 - 10^8	
4.	Қалыпты ферментативтік белсенділігі бар ішек таяқшасы (Кишечная палочка с нормальной фермент.активностью)	10^7 - 10^8	10^7 - 10^8	
5.	Ферментативтік белсенділігі төмен ішек таяқшасы (Кишечная палочка со сни- женной фермент.активностью)	10^5 - 10^7	10^6 - 10^7	
6.	Лактозаға теріс ішек таяқшасы (Лактозонегативная кишечная палочка)	$\leq 10^4$	$\leq 10^5$	
7.	Гемолитикалық белсенді ішек таяқшасы (Гемолитически активная кишечная палочка)	$< 10^4$	$< 10^5$	
8.	Протей	$< 10^4$	$< 10^4$	

9.	Шартты патогендік энтеробактериялар (Условно-патогенные энтеробактерии)	$\leq 10^4$	$\leq 10^5$	
10.	Патогенді стафилококк (Патогенный стафилококк)	$\leq 10^1$	$\leq 10^3$	
11.	Басқа стафилококктар (Другие стафилококки)	$\leq 10^5$	$\leq 10^4$	
12.	Энтерококктар (Энтерококки)	10^6-10^7	10^5-10^6	
13.	Клостридиялар (Клостридии)	$<10^5$	$<10^5$	
14.	Кандида тұқымдас санырауқұлақтар (Грибы рода кандиды)	$<10^3$	$<10^5$	
15.	ТГТБ (НГОб)	$\leq 10^3$	$\leq 10^3$	

№	Бөлініп алынған өсірінді (Выделенная культура)	Микробқа қарсы препараттардың атаулары (Наименование антимикробных препаратов)	Өсудің тежелу аймағының диаметрі (мм) (Диаметр зоны задержки роста) (мм)	Сезімтал (Чувствительный) (S)	Сезімталдығы төмен (Умеренно резистентный) (I)	Резистентті (Резистентный) (R)	Сынақ әдісіне НҚ (НД на метод испытаний)
1	2	3	4	5	6	7	8

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

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

Сынау нәтижелері тек 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)

Приложение 36
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 36
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 036/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 036/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Мұнай өнімдерін қайта өңдеу үлгісін және арнайы сұйықтықтарды зерттеу
хаттамасы**

**Протокол исследования образца переработки нефтепродуктов и
специальных жидкостей**

№ _____ от «_____» _____ 20__ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, алу орны (Наименование объекта, место отбора)

2. Үлгінің атауы (Наименование образца)

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

4. Үлгіні алу күні, сақтау мерзімі (Дата получения образца, срок хранения)

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

6. Үлгіні алу актісі (Акт отбора образца)

№ _____ от _____

7. Үлгінің сипаттамасы (Описание образца)

8. Көлемі (Объем)

9. Шығарылған күні (Дата выработки)

жарамдылық мерзімі (срок годности)

10. Партия нөмірі (Номер партий)

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

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)

Көрсеткіш атауы	Анықталған шоғырлану	Нормативтік көрсеткіш	Зерттеулер әдістеріне НҚ
-----------------	----------------------	-----------------------	--------------------------

(Наименование показателя)	(Обнаруженная концентрация)	(Нормативные показатели)	(НД на методы исследований)
1	2	3	4

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

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

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

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

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

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

Приложение 37
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 037/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 037/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года №__

**Молекулалық-генетикалық сынақтарға шикізат пен тамақ өнімдерін
зерттеу хаттамасы**

**Протокол исследования сырья и пищевых продуктов на молекулярно-
генетические испытания**

№ _____ от «__» _____ 20____ ж. (г.)

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

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)

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

5. Қаптама түрі (Вид упаковки)

6. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца)

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

8. Көлемі (Объем)

9. Партия нөмірі (Номер партий)

10. Шығарылған күні (Дата выработки)

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

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

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

14. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

15. Сақтау шарттары (Условия хранения)

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

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгінің нөмірі (Номер образца)	Молекулалық-генетикалық көрсеткіштер (Молекулярно-генетические показатели)	Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)		Нормаланатын көрсеткіш (Нормируемый показатель)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытания)
			Сапалық көрсеткіш (Качественный показатель)	Сандық көрсеткіш (Количественный показатель)		
1	2	3	4	5	6	7

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

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

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

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

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

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

Приложение 38
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 038/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 038/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20 _____ года № _____

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

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

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

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)

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

5. Партия нөмірі, қаптама түрі (номер партии, вид упаковки)

6. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца)

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

8. Партия нөмірі (Номер партий)

9. Шығарылған күні (Дата выработки)

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

11. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)

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

13. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)

14. Сақтау жағдайы (Условия хранения)

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

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

Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгінің нө- мірі (Номер об- разца)	Көрсет- кіштер (Показате- ли)	Зерттеу нәтижелері (Результаты исследова- ний)	Нормаланатын көрсет- кіш (Нормируемый показате- ль)	Сынақ әдісіне арнал- ған НҚ (НД на метод испы- тания)
1	2	3	4	5	6

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

Приложение 39
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 39
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 039/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 039/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Зоонозды және аса қауіпті инфекцияларға микробиологиялық зерттеу
нәтижесі**

**Результат микробиологического исследования на зоонозные и особо опасные
инфекции**

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

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

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

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

4. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

5. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

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

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

8. Сынамалар саны (количество проб) _____

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

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

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

**Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследований)**

Үлгінің нөмірі (Но- мер образца)	Алынған үлгілер атауы	Зерттеу әдістері, реакция түрі	Зерттеу мақ- саты	Зерттеу нәтижесі (Результаты исследования)
-------------------------------------	-----------------------	-----------------------------------	----------------------	---

	(Наименование отобран- ных образцов)	(Методы исследования, вид реакции)	(Цель иссле- дования)	
1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

Приложение 40
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

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

Приложение 40
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 040/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 40/y 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	Модельдік орта	Анықталған шоғырландыру (уыттылық параметрлері) параметрлері)	Рұқсат етілетін шоғырлану	Зерттеулер әдістеріне НҚ
--	----------------	---	---------------------------	--------------------------

(Наименование показателя ингредиентов, единица измерения)	(Модельная среда)	Обнаруженная концентрация (параметры токсичности)	(Допустимая концентрация)	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)

Приложение 41
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 41
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 041/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 041/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Аэроиондар шоғырлануын өлшеу хаттамасы
Протокол измерений концентрации аэроионов

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

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

2. Өлшеу мақсаты (Цель измерения)

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

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

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

6. Өлшеулер жүргізуге негіз болған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный
документ (НД) в соответствии с которой проводились измерения)

7. Негізгі көздер (Основные источники)

8. Жұмыс істейтін адамдардың саны (Количество работающих человек)

9. Көлемі (Объем)

10. Зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проводились на
соответствие НД)

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

12. Жұмыс орнының кескіні (Эскиз рабочих мест)

№ 1 кесте/ Таблица № 1

Реті бойынша нөмірі (Номер по порядку)	Кескін бойынша нүктенің орны (Номер точки по эскизу)	Өлшеу орны (Место измерения)	Ауысым ішінде аймақта болу уақыты (Время пребывания в зоне в течение смены)	Аэроиондардың орташа шоғырлануы (Средняя концентрация аэроионов)				У, Униполярлық коэффициенті, (Коэффициент униполярности, У)	
				1 см ³ – тегі оң иондар саны (Число положительных ионов, в 1 см ³)		1 см ³ – тегі теріс иондар саны (Число отрицательных ионов, в 1 см ³)			
				Өлшеулер (Измерения)	Рұқсат етілген шекті (Предельно-допустимая)	Өлшеулер (Измерения)	Рұқсат етілген шекті (Предельно-допустимая)	Өлшеулер (Измерения)	Рұқсат етілген шекті (Предельно-допустимая)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

№ 2 кесте/Таблица № 2

Аэроиондардың полярлығы (Полярность аэроионов)	Аэроиондардың шоғырлануы, р, (ион/см³) Концентрации аэроионов, р, (ион/см³)											Униполярлылық коэффициенті, У (Коэффициент униполярности, У)
	Бірлік өлшеу мәні, р _і , (Значения единичного измерения, р _і)								Орташа мәндер (Средние значения)			
	1	2	3	4	5	6	7	8	Рср.	Рmin	Рmax	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
p ⁺												
p ⁻												

№ 1 кесте аэроиондардың орташа шоғырлануын және униполярлық 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 униполярлық коэффициенті анықталған жағдайда толтырылады.

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

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

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

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

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

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

Приложение 42
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 42
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « _____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 042/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 042/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

Діріл деңгейлерін өлшеу хаттамасы
Протокол измерения уровней вибрации

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

1. Объектінің толық атауы, мекенжайы, цех, учаске (Полное наименование объекта, адрес, цех, участок)

2. Өлшеу мақсаты (Цель измерения)

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

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

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

6. Өлшеулер жүргізуге негіз болған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД), в соответствии с которой проводились измерения)

7. Негізгі діріл көздері мен олар тудыратын дірілдің сипаты (Основные источники вибрации и характер создаваемой вибрации)

8. Жұмыс істейтін адамдардың саны (Количество работающих человек)

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

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

11. Өлшеу жүргізілген күні (Дата проведения замера)

Жұмыс орнының кескіні (Эскиз рабочих мест)

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

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

р/с № № пп	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 (Корректированный уровень виброускорения для оси, дБ)	Цикл, операция үшін діріл үдеуінің түзетілген деңгейі, дБ (Корректированный уровень виброускорения для цикла, операции, дБ)	Діріл үдеуінің эквивалентті түзетілген деңгейі, дБ (Эквивалентный корректированный уровень виброускорения, дБ)	Діріл үдеуінің рұқсат етілген эквивалентті түзетілген деңгейі, дБ (Допустимый эквивалентный корректированный уровень виброускорения, дБ)
	1	2	4	8	16	31,5	63	125	250	500	1000				
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

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

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

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

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

Сынау нәтижелері тек 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)

Приложение 43
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

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

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

1. Объектінің толық атауы, мекенжайы, цех, учаске (Полное наименование объекта, адрес, цех, участок)

2. Өлшеу мақсаты (Цель измерения)

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

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

5. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке)

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

7. Өлшеулер жүргізуге негіз болған нормативтік құжат (нормативный документ (НД), в соответствии с которой проводились измерения)

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

8. Жұмыс істейтін адамдардың саны (Количество работающих человек)

9. Шу көзі және микрофондардың (датчиктер) орнатылған орындары мен олардың бағыты көрсеткімен көрсетілген үй-жайдың (аумақтың, жұмыс орнының, қол машинасының) кескіні. Өлшеу нүктелерінің реттік нөмірлері (Эскиз помещения (территории, рабочего места, ручной машины) с нанесением источника шума и указанием стрелками мест установки и ориентации микрофонов (датчиков). Порядковые номера точек замеров)

11. Зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проводилось на соответствие НД)

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

11. Өлшеу жүргізілген күні (Дата проведения замера)

Өлшеулер нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Кескіні бойынша нүкте нөмірі (Номер точки по эскизу)	Өлшеу орны (жабдықтың маркасын, түрін, паспорт деректерін көрсету) (Место замера (указать марку, тип, паспортные данные оборудования))	Қосымша мәліметтер (өлшеу шарттары, шудың жұмыс ауысымы ішіндегі әсерінің ұзақтығы) (Дополнительные сведения (условия замера, продолжительность воздействия шума в течение рабочей смены))	Шудың сипаты Характер шума					
				Спектр бойынша По спектру		Уақыт сипаттамалары бойынша По временным характеристикам			
						Кең қуысты (Широкополосной)	Тонды (Тональный)	Тұрақты (Постоянный)	Толқыма-лы (Колеблующий-ся)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Октавалық жолақта дБ-мен ортагеометриялық жиілігі Гц-дағы дыбыстық қысымның деңгейлері (Уровни звукового давления в дБ октавных полосах со среднегеометрическими частотами в Гц)														ЛА дыбыс деңгейі (дыбыстың эквивалентті деңгейі)/ ЛА дыбыстың ең жоғарғы деңгейі, дБА (Уровень звука LA (эквивалентный уровень звука)) / (Максимальный уровень звука LA, дБА)	Норма бойынша ЛА дыбыстың рұқсат етілетін деңгейі / ЛА дыбыстың ең жоғарғы рұқсат етілетін деңгейі, дБА (Допустимый уровень звука LA по
1	25	26	8	16	31,5	63	125	250	500	1000	2000	4000	8000		

																норме) / (Макси- мальный допусти- мый уро- вень зву- ка LA, дБА)
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Гц орташа геометриялық жиіліктегі үштен бір октавалық жолақтағы дБ-мен дыбыс қысымы деңгейлері (Уровни звукового давления в дБ третьоктавных полосах со среднегеометрическими частотами в Гц)																Ауа шуын оқ- шаулау ин- дексі Rw -дБ (Индекс изо- ляции воз- душного шу- ма Rw –дБ)	
100	125	160	200	250	320	400	500	630	800	1000	1250	1600	2000	2500	3150	Өл- шен- ген (Из- ме- рен- ное)	Нор- ма- тив- ті көр- сет- кіш (Нор- ма- тив- ный пока- за- тель)
27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44

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 испытаниям)

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

Приложение 44
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

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

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 044/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 044/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Электрмагниттік өрісті, инфрақызыл, ультракүлгін және лазерлік
сәулеленуді өлшеу хаттамасы**

**Протокол измерения электромагнитного поля, инфракрасного,
ультрафиолетового и лазерного излучений**

№ _____ от «__» _____ 20__ ж. (г.)

ша но- мірі (Но- мер по по- ряд- ку)	ша нүк- теңің орны (Номер точек по эски- зу)	(Ме- сто из- ме- ре- ния)	арақа- шық- тығы, м (Рассто- яние от источ- ника в м.)	биік- тігі, м (Вы- сота от пола в м.)	(Время пре- бывания в зоне ЭМП в течении сме- ны)	Электрлік құраушы бойынша, кВ/м,В/м (По электрической составляющей, кВ/м, В/м)		Магниттік құрау- шысы бойынша А /м, мкТл По магнитной со- ставляющей А /м, мкТл		Электростатика- лық өріс кВ/м, Электростатиче- ское поле кВ/м	
						Өл- шен- ген (Из- ме- рен- ное)	Рұқсат етіл- ген шекті (Предельно- допустимое)	Өл- ше- улер (Из- ме- рен- ное)	Рұқсат етіл- ген шекті (Предель- но-дону- стимое)	Өл- шен- ген (Из- ме- рен- ное)	Рұқсат етілген шекті (Пре- дельно- допусти- мое)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Инфракызыл, ультракүлгін лазерлік сәулелену қарқындылығы, Вт/м ² , Дж/м ² (Интенсивность: инфракрасного; ультрафиолетового; лазерного излучения, Вт/м ² , Дж/м ²)				Энергия ағысының тығыздығы Вт/м ² , МкВт/см ² (Плотность потока энергии Вт/м ² , МкВт/см ²)			
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 (Наименова- ние установки)	ЭМС жілігі (Часто- та ЭМИ)	ЭМС көзінің куаты (Мощность ис- точника ЭМИ)	Өлшеу кезіндегі көздің жұмыс режимі (куаттылығы) (Режим работы (мощность) ис- точника при измерении)	Көздің зауыт- тық нөмірі (Заводской но- мер источника)	Көздің шыға- рылған жылы (Год выпуска источника)	Ес- кертпе (При- меча- ние)
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 специа-
листа проводившего исследование)

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

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

Сынау нәтижелері тек 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 запреще-
на)

Приложение 45
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 45
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген № 045/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 045/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____года № _____

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

№ _____ от «__» _____ 20__ ж. (г.)

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

2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца)

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)

4. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)

5. Партия мөлшері (Величина партии)

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

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

8. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

9. Көлемі (Объем)

10. Партиялар нөмірі (Номер партий)

11.Өндірілген мерзімі (Дата выработки)

12. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

13. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

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

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Өнімнің атауы (Наименование про- дукции)	Нитраттардың анықталған қалдық құра- мы (Обнаруженное остаточное содержание нитратов)	мг /кг	РЕМД нормативті көрсеткіште- рі, мг/кг (Нормативные показатели МДУ, мг/кг)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испы- таний)
1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

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

Приложение 46
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 46
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 046/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 046/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года № _____

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

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

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

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

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)

4. Мөлшері (Количество)

5. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)

6. Көлемі (Объем)

7. Партия нөмірі (Номер партии)

8. Шығарылған мерзімі (Дата выработки)

9. Жарамдылық мерзімі (Срок годности)

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

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

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

13. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

14. Сақтау шарттары (Условия хранения)

15. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

16. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

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

18. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Ингредиенттер көрсеткіштерінің және басқалар- дың атауы Наименование показателей ингредиентов и других	Анықталған шоғырлан- дыру Обнаруженная концен- трация	Берілген шоғырла- ну Заданная концен- трация	Сынақ әдістеріне арнал- ған НҚ НД на методы исследо- вания
1	2	3	4
Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводилось на соответствие НД) _____			
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специа- листа проводившего исследование) _____			
Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабо- раторией (при наличии), ЭЦП) _____			
(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)			

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

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

Приложение 47
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 47
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____№____ бұйрығымен бекітілген № 047 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 047/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Дезинфекциялау құралдарын зерттеу хаттамасы
Протокол исследования дезинфицирующих средств

№ _____ от «__» _____ 20____ ж.(г.)

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

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

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

4. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)

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

6. Көлемі (Объем)

7. Шығарылған күні (Дата выработки)

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

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

Қосымша деректер (Дополнительные сведения)

Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)

Үлгі- нің нө- мірі (Номер образ- ца)	Үлгілердің алынған ор- ны (Место отбо- ра образца)	Заттардың агре- гаттық күйі (Агрегатное со- стояние веществ)	Белсенді заттың анықталған құрамы (Обнаруженное содержание активного вещества)	Нормативті көрсеткіш (Нор- мативный показатель)	Зерттеу әдістеріне қолданылған НҚ (НД на методы ис- следования)
1	2	3	4	5	6

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

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

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

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

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

Приложение 48
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 48
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» ____ №__ бұйрығымен бекітілген № 048/е нысаны медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 048/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» ____ 20 ____ года №____

_____ серологиялық зерттеу
(инфекция түріне)

Результат серологических исследований на _____

(ви

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

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

2. Диагнозы (Диагноз)

3. ЖСН-і (ИИН)

4. Мекенжайы (Адрес)

5. Үлгіні жіберген ұйымның атауы (Название организации направившая образец)

6. Сынаманың атауы (наименование пробы)

7. Ауырған күні (на день болезни)

8. Зерттеу максаты (цель исследования)

9. Материалды жеткізу күні (Дата доставки материала)

10. Материалдың алынған күні (Дата забора материала)

11. Зерттеу нәтижесі (результат исследования)

12. Зерттеу НҚ-ға сәйкестікке жүргізілді (Исследование проводились на соответствие НД)

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

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

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

Сынау нәтижелері тек 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)

Приложение 49
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

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

Приложение 49
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 049/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 049/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года № _____

Үлгілерді санитариялық вирусологияға зерттеу хаттамасы
Протокол исследования образцов на санитарную вирусологию

№ _____ от «__» _____ 20____ ж. (г.)

1. Сынаманың атауы (Наименование пробы)

2. Үлгіні алу орны (Место взятия образца)

3. Үлгінің алынған күні (Дата отбора)

4. Жарамдылық мерзімі (Срок годности)

5. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

6. Реакцияның түрі (Вид реакции)

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

8. Зерттеу әдісі (Метод исследования)

9. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)

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

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

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

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

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

Приложение 50
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 50
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 050 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 050/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

_____ үлгілерді зей

(инфекция түрі)

Результат исследований образцов на _____

(вид и

№ _____ « _____ » _____ 20__ ж. (г.)

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

2. ЖСН-і (ИИН)

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)

4. Жұмыс орны (Место работы)

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

6. Диагнозы (Диагноз)

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

_____ ауыру күнінде (на
день болезни)

8. Жасушалардың өсіріндісінде алынды (на культуре клеток получен)

9. Бөлінген вирус (выделен вирус):

10. Антигендермен зерттеу барысында (При исследовании с антигенами)

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

12. Материалды алу күні (Дата забора материала)

13. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

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

Зерттеу НҚ-ға сәйкестікке жүргізілді (Исследование проводились на соответствие НД)____

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

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

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

Сынау нәтижелері тек 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)

Приложение 51
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 051/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 051/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Ағаш шикізаты мен ағаштан жасалған бұйымдардың радиоактивтілігін
зерттеу хаттамасы**

**Протокол исследования радиоактивности древесного
сырья и изделий из дерева**

№ _____ «_____» _____ 20 ____ ж.(г.)

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

2. Үлгінің атауы (Наименование образца)

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

4. Үлгінің келіп түсу уақыты (Дата поступления образца)

5. Зерттеу әдісі (Метод исследования)

6. Көлемі (Объем)

7. Партия нөмірі (Номер партий)

8. Шығарылған күні (Дата выработки)

9. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором)

№

10. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

№ (от) «__» ____ 20__ ж.(г.)

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

12. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

13. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

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

Өлшеуер нәтижелері (Результаты измерений)

№	Үлгі- нің ата- уы Наиме- нова- ние об- разца	Меншікті тиімді белсенділік Cs- 137(Бк/кг) Удельная эффек- тивная актив- ность Cs-137(Бк /кг)	Меншікті тиімді белсенді- ліктің рұқсат етілген дең- гейі Cs-137 (Бк/кг) Допустимый уровень удельной эффективной ак- тивности Cs-137 (Бк/кг)	Меншікті тиім- ді белсенділік Sr- 90(Бк/кг) Удельная эф- фективная ак- тивность Sr- 90 (Бк/кг)	Сынақ әдісіне НҚ НД на ме- тод испытаний	Меншікті тиімді белсенді- ліктің рұқсат етілген дең- гейі Sr- 90 (Бк/кг) Допустимый уровень удельной эффективной активности Sr- 90 (Бк/кг)
1	2	3	4	5	6	7

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

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

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

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

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

Приложение 52
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 52
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 052 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 052/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Топырақтың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования радиоактивности почвы

№ _____ «__» _____ 20____ ж.(г.)

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

2. Үлгінің атауы (Наименование образца)

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

4. Үлгінің келіп түсу уақыты (Дата поступления образца)

5. Зерттеу әдісі (Метод исследования)

6. Көлемі (Объем)

7. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором)

№

8. Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

№ (от) « » 20 ж.

(г.)

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

10. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

11. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

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

**Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)**

--	--	--	--	--

№	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	Алу нүктесі (Точка отбора)	Меншікті тиімді белсенділік, Бк/кг (Удельная эффективная активность, Бк/кг)					
				Альфа белсенділігінің жиынтығы (Суммарная альфа-активность)	Бета белсенділігінің жиынтығы (Суммарная бета-активность)	Cs-137	Ra-226	Th-232	K-40
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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

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

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

Сынау нәтижелері тек 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)

Приложение 53
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 53
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 053/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 053/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года №__

**Құрылыс материалдары мен бұйымдарының радиоактивтілігін зерттеу
хаттамасы**

**Протокол исследования радиоактивности строительных материалов и
изделий**

№ _____ от «__» _____ 20 _____ ж.(г.)

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

2. Үлгінің атауы (Наименование образца)

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

4. Зерттеу әдісі (Метод исследования)

5. Көлемі (Объем)

6. Партия нөмірі (Номер партий)

7. Шығарылған күні (Дата выработки)

8. Жарамдылық мерзімі (Срок годности)

9. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором)

№ _____

10. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

№ _____

(от) «_____» _____ 20____ ж.(г.)

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

12. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

13. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

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

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

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

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

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

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

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

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

Приложение 54
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 54
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 054 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 054/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года №__

Тыңайтқыштардың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования радиоактивности удобрений

№ _____ «__» _____ 20____ ж.(г.)

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

2. Үлгінің атауы (Наименование образца)

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

4. Үлгіні алу уақыты (Время отбора образца)

5. Көлемі (Объем)

6. Партия нөмірі мерзімі (Дата выработки)

7. Зерттеу әдісі (Метод исследования)

8. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором)

№ _____

9. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

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

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

11. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

12. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

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

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

р /с № № п /п	Үлгі- нің ата- уы (На- имено- вание образ- ца)	Меншікті белсенділік U-238 (Ra 226), Бк/кг (Удельная ак- тивность U-238 (Ra 226), Бк/кг)	Меншікті белсенді- лік Th- 238 Бк/кг (Удельная актив- ность Th- 238 Бк/кг)	Радионуклидтердің мен- шікті белсенділігі жиын- тығының мәні (А), Бк/кг (Значение суммы удель- ной активности радионук- лидов (А), Бк/кг)	Сынақ әдісіне арналған (НД на метод испы- таний)	Радионуклидтердің меншікті белсенділігі жиынтығының рұқ- сат етілген деңгейі Бк/кг (А) (Допустимый уровень суммы удельной активности радионук- лидов (А), Бк/кг)
1	2	3	4	5	6	7

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

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

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

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

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

Приложение 55
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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 нысаны медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 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 нүкте- сі (Точка обора)	Радионуклидтердің меншікті ти- імді белсенділігі (Бк/кг) (Удельная эффективная актив- ность радионуклидов, Бк/кг)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	Үлестік тиімді белсенділіктің рұқсат етілген деңгейі(Бк/кг) (Допустимый уровень удельной эф- фективной активности (Бк/кг))
1	2	3	4	5	6

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

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

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

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

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

Приложение 56
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 56
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 056 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 056/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Судың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования радиоактивности воды

№ _____ «__» _____ 20____ ж.(г.)

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

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)_____

4. Зерттеу әдісі (Метод исследования)

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

6. Көлемі (Объем)

7. Үгілердің саны (Количество образцов)

8. Өлшеу құралдары (Средства измерений)

_____ атауы,

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

9. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке)

_____ куәліктің

берілген күні мен нөмірі (дата и номер свидетельства)

10. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводилось на соответствие НД)

11. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

12. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

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

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

№	Ингредиенттер көрсеткіш- терінің атауы (Наименование показателей ин- гредиентов)	Өлшем бірлігі (Единица из- мерения)	Анықталған мән (Обнару- женное значение)	Сынақ әдісіне ар- налған НҚ (НД на метод ис- пытаний)	Рұқсат етілетін кұрамы (Допустимое со- держание)
1	2	3	4	5	6

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

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

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

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

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

Приложение 57
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 57
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген № 057 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 057/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____года № _____

Жұмыс орындарын дозиметриялық бақылау хаттамасы
Протокол дозиметрического контроля рабочих мест

№ _____ «__» _____ 20____ж.(г.)

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

2. Өлшеулер жүргізілетін орын, бөлім, цех, (Место проведения замеров, отдел, цех)_____

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

4. Өлшеу мақсаты (цель измерения)

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

5. Өлшеу әдісі (метод измерения)

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

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

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

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

10. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

11. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

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

Өлшеулер нәтижелері (Результаты измерений)

р /с № № п /п	Өлшеулер жүргізілген орын (Место проведения измерений)	Сәулелену түрлері (Виды излучения)	Өлшеу нүктесі (жоғарғы бетінен ара қашықтық, м; см) (Точка измерения (расстояния от измеряемой поверхности, м; см))	Өлшенген доза (мкЗв/ч, част/(см ² *мин), (Измеренная доза (мкЗв/ч, част/(см ² *мин))),	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	Рұқсат етілетін деңгейі (Допустимый уровень)
1	2	3	4	5	6	7

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

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

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

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

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

Приложение 58
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 58
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 058/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 058/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Дозиметриялық бақылау хаттамасы
Протокол дозиметрического контроля

№ _____ «__» _____ 20__ ж.(г.)

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

2. Өлшеулер жүргізілген орын, бөлім, цех, квартал (Место проведения замеров, отдел, цех, квартал)

3. Өлшеу мақсаты (Цель измерения)

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

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

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

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

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

9. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

10. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

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

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі	Өлшеу жүргізілген орын	Дозаның өлшенген қуаты (мкЗв/сағ, н/сек)	Дозаның рұқсат етілетін қуаты
---------------	------------------------	---	-------------------------------

Регистрационный номер	Место проведения измерений	Измеренная мощность дозы(мкЗв/сағ, н/сек)			(мкЗв/сағ, н/сек) Допустимая мощность дозы (мкЗв/сағ, н/сек)		
		Еденнен (жерден)биіктікте На высоте от пола (грунта)			Еденнен (жерден)биіктікте На высоте от пола (грунта)		
		0,1м	1м	1,5м	0,1м	1м	1,5 м
1	2	3	4	5	6	7	8

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

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

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

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

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

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

Приложение 59
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 59
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 059 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 059/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Атмосфералық ауаның және жауын-шашынның радиоактивтілігін зерттеу
хаттамасы**

Протокол исследований радиоактивности атмосферного воздуха и осадков

№ _____ «__» _____ 20____ ж.(г.)

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

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)

4. Зерттеу әдісі (Метод исследования)

5. Зерттеуге алынған сорылатын ауаның/жауын-шашынның көлемі (Объем прокаченного воздуха/осадков взятой на исследование)

6. Уақыты (Время)

7. Өлшеу құралдарының атауы (Наименование средств измерений)

8. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке)

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

10. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

11. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

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

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нө- мірі	Үлгінің атауы	Көрсеткіш- тердің атауы	Өлшем бірлігі	Сынақ әді- сіне арнал- ған НҚ	Анықталған шоғырландыру / Радионуклид- тердің меншікті тиімді белсенділігі, Бк/кг	Рұқсат ете- тін құрамы
--------------------	------------------	----------------------------	------------------	-------------------------------------	--	---------------------------

(Регистра- ционный номер)	(Наимено- вание об- разца)	(Наименова- ние показате- лей)	(Едини- ца изме- рения)	(НД на ме- тод испы- таний)	(Обнаруженная концентрация/ Удельная эффективная активность радионуклидов, Бк/кг)	(Допусти- мое содер- жание)
1	2	3	4	5	6	7

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

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

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

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

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

Приложение 60
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 60
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 060/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 060/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Висцеральды және тері лейшманиозына зерттеу хаттамасы
Протокол исследований на висцеральный и кожный лейшманиоз

№ _____ «__» _____ 20____ ж. (г.)

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

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

3. Алынған орны, күні мен уақыты (Место, дата и время отбора)

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

5. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)

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

7. Жасы (Возраст)

8. Зерттелушінің ЖСН-і (ИИН обследуемого)

9. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)

10. Жұмыс орны (Место работы)

11. Диагнозы (Диагноз)

12. Зерттеу әдісі (Метод исследования)

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

14. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)

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

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

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

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

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

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

Приложение 61
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 61
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» ____ №__ бұйрығымен бекітілген № 061/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 061/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Емшек сүтін зерттеу хаттамасы
Протокол исследований грудного молока

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

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

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

3. Диагнозы (Диагноз) _____

4. Медициналық ұйым (Медицинская организация) _____

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

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

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

8. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

9. Нәтижесі (Результат) _____

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

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

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

Сынау нәтижелері тек 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)

Приложение 62
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

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

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____№__ бұйрығымен бекітілген № 062/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 062/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____года №____

**Ашық түрдегі радиоактивті заттармен жұмыс кезіндегі
дозиметриялық және радиометриялық өлшеулер хаттамасы
Протокол дозиметрических и радиометрических измерений при работе
с радиоактивными веществами в открытом виде**

№ _____ от «__» _____ 20____ж. (г.)

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

р /с № № п /п	Өлшеулер жүргізі- лген орын Место проведе- ния измерений	Сәулелену түрлері (Виды из- лучения)	Өлшеу нүктесі (өлшенетін беттен қашық- тық, м; см) (Точка измерения (расстояния от измеряе- мой поверхности, м; см))	Өлшенген доза (мкЗв /сағ, жиілік/(см ² *мин) (Измеренная доза(мкЗв /ч, част/(см ² *мин))	Рұқсат етіле- тін деңгейі (Допусти- мый уровень)
1	2	3	4	5	6

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

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

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

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

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

Приложение 63
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 63
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 063/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 063/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Рентген кабинетіндегі рентген сәулесін дозиметриялық өлшеу хаттамасы
Протокол дозиметрических измерений рентгеновского излучения в
рентгеновском кабинете

№ _____ «_____» _____ 20____ ж. (г.)

1. Мекеменің атауы (Наименование учреждения)

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

Бөлме (комната) _____

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

4. Кабинеттің мақсаты (Назначение кабинета)

телефоны (телефон) _____

5. Аппарат

6. Техникалық паспорт (Технический паспорт)

№ _____

7. Жарамдылық мерзімі дейін (срок действия до)

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

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

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

11. Дозиметр түрі (дозиметром типа) _____ №

_____, тексеру туралы сертификат (сертификат о поверке) №

_____ от _____

12. Сынақ әдісіне НҚ (НД на метод испытаний)

13. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

14. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

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

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

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

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

Өлш. нүк. № точ. изм.	Өлшеулер орнының атауы (Наименование места измерения)		Сәулелену бағыты (Направление излучения)	I изм, мА	Доза қуаты (Мощность дозы)				ДМД, мкЗв /ч	Ескертпе Примечание
					МД изм	• D изм, мкГр /сағ	• D прив, мкГр /сағ	• E, мкЗв /сағ		
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10
Емшара жүргізілетін рентген кабинетімен жапсарлас үй-жайлар (Помещения, смежные с процедурной рентгеновского кабинета)										
Фон										
1	Кабинеттің үстінде (Над кабинетом)									
2	Кабинеттің астында (Под кабинетом)									
3	А қабырғасының артында (За стеной А)	Қабырға (Стена)								
4		Терезе (Окно)								
5		Есік Дверь								

6	Б қабырғасының артында	Қабырға (Стена)								
7	(За стеной Б)	Терезе (Окно)								
8		Есік (Дверь)								
9	В қабырғасының артында	Қабырға (Стена)								
10	(За стеной В)	Терезе (Окно)								
11		Есік (Дверь)								
12	Г қабырғасының артында	Қабырға (Стена)								
13	(За стеной Г)	Терезе (Окно)								
14		Есік (Дверь)								
15	Д қабырғасының артында	Қабырға (Стена)								
16	(За стеной Д)	Терезе (Окно)								
17		Есік (Дверь)								
Рентген аппаратының басқару пультындағы рентген зертханашысының жұмыс орны (Рабочее место рентгенолаборанта у пультa управления рентгеновским аппаратом)										
18	Бас (Голова)									
19	Кеуде (Грудь)									
20	Жыныс бездері (Гонады)									
21	Аяқ (Ноги)									
••										
Е-нің есептелген мәндері (Рассчитанные значения E)										
Емшара жүргізілетін рентген кабинеті (Процедурная рентгеновского кабинета)										
Рентгенолог-дәрігердің жұмыс орны (Рабочее место врача-рентгенолога)										
22	Бас (Голова)		Тік (Вертик)							
23			Көлденен (Гориз)							
24	Кеуде (Грудь)		Тік (Вертик)							
25			Көлденен (Гориз)							
26	Жыныс бездері (Гонады)		Тік (Вертик)							
27			Көлденен (Гориз)							
28	Аяқ (Ноги)		Тік (Вертик)							
29			Көлденен (Гориз)							
Барлығы (Всего)			Тік (Вертик)	• Есептелген E						
			Көлденен (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 испытаниям)

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

Приложение 64
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 064/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 064/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

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

№ _____ «__» _____ 20____ ж. (г.)

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

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

3. Өлшеулер әдісі (Метод измерения)

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

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

6. Көлемі (Объем)

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

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

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

10. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

11. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

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

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

р /с № № п /п	Үлгі ата- уы (Наиме- нование образца)	Альфа-бөлшектер ағыны, Бк/см ² х мин		Бета-бөлшектер ағыны, Бк /см ² х мин Поток		Гамма-сәулеленудің ЕТТД-сы мкЗв /с	
		Поток Альфа-частиц, Бк /см ² х мин		Бета-частиц, Бк /см ² х мин		МЭД гамма-излучения, мкЗв/ час	
		Өлшеу нәтиже- лері (Результаты из- мерений)	Рұқсат етілген деңгейлер (Допустимые уровни)	Өлшеу нәтижелері (Результаты из- мерений)	Рұқсат етілген деңгейлер (Допустимые уровни)	Өлшеу нәтиже- лері (Результаты из- мерений)	Рұқсат етілген деңгейлер (Допустимые уровни)
1	2	3	4	5	6	7	8

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

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

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

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

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

Приложение 65
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 65
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Үй-жайлар ауасында радонның және оның ыдырау өнімдерінің болуын
өлшеу хаттамасы**
**Протокол измерений содержания радона и продуктов его распада в воздухе
помещений**

№ _____ «_____» _____ 20__ ж.(г.)

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

2. Өлшеу жүргізілген орын (Место проведения измерений)

3. Өлшеулер объекті өкілінің қатысуымен жүргізілді

(Измерения проведены в присутствии представителя объекта)

4. Өлшеу мақсаты (Цель измерения)

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

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

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

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Өлшеу жүргізілген орны Место проведения измерений	Радонның өлшенген, тепе-тең, эквивалентті көлемді белсенділігі, Бк/м3 (Измеренная, равновесная, эквивалентная, объемная активность радона, Бк/м3)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	Рұқсат етілетін шекті шоғырлану Бк/м3 (Допустимая концентрация Бк/м3) 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)

Приложение 66
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 66
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 066/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 066/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Жеке дозаларды өлшеу хаттамасы
Протокол измерения индивидуальных доз

№ _____ от «__» _____ 20 _____ ж.(г.)

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

2. Адамдар санаты (Категория лиц) (А,Б,В)

3. Өлшеу әдісі (Метод измерения)

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

5. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке)

6. Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)

7. Үлгіні __ерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)

Өлшеулер нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))	Лауазымы (Должность)	Дозиметрдің нөмірі (Номер дозиметра)	мЗв-мен өлшенген доза (Измеренная доза в мЗв)
1	2	3	4	5

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

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

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

Сынау нәтижелері тек 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)

Приложение 67
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 67
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» ____ №__ бұйрығымен бекітілген № 067/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 067/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Микробиологиялық зерттеу нәтижесі
Результат микробиологического исследования

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

1. Биологиялық үлгі алынған күн (Дата взятия биологического образца) «_____»
_____ 20__ ж. (г.)

2. Талдаудың берілген күні (Дата выдачи анализа) «_____»
_____ 20__ ж.(г.)

3. Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия,
имя, отчество (при его наличии) обследуемого) _____ жасы
(возраст) ____ ЖСН (ИИН) _____

4. Диагнозы (Диагноз)

5. Медициналық ұйымы (Медицинская организация)

бөлімше (отделение)

6. Зерттеу кезінде (При исследовании) _____
үлгіні көрсетіңіз (указать образец)

7. Нәтижесі (Результат)

8. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца
проводилось на соответствие НД)

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

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

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

Сынау нәтижелері тек 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)

Приложение 68
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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 нысаны медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 068/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» ____ 20 ____ года № ____

Күлдің радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования радиоактивности золы

№ _____ «__» _____ 20 ____ ж.(г.)

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

2. Үлгінің атауы (Наименование образца)

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

4. Үлгілерді алу уақыты (Время отбора образца)

5. Зерттеу әдісі (Метод исследования)

6. Көлемі (Объем)

7. Партиялар нөмірі (Номер партий)

8. Шығарылған күні (Дата выработки)

9. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором)

№ _____

10. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

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

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

12. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

13. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

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

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

р /с № № п /п	Үлгінің атауы (Наиме- нование образца)	Радионуклидтердің мен- шікті белсенділігінің мән- дері ($A^{күл}$) Бк/кг (Значения удельной актив- ности радионуклидов ($A^{зола}$) Бк/кг)	Радионуклидтердің меншікті белсенділігінің рұқсат етілген деңгейі ($A^{күл}$) Бк/кг (Допустимый уровень удельной активности радионуклидов ($A^{зола}$) Бк/кг)	Күлдің радиа- циялық қауіп- тілік класы (Класс радиа- ционной опас- ности золы)	Күлдің пайдалану шарттары (Условия использо- вания зо- лы)	Сынақ әді- сіне арнал- ған НҚ-ры (НД на ме- тод испы- таний)
1	2	3	4	5	6	7

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

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

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

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

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

Приложение 69
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 69
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____№__ бұйрығымен бекітілген № 069 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 069/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____года № _____

**Материалдардың, шикізаттардың, бұйымдардың радиоактивтілігін зерттеу
хаттамасы**

Протокол исследования радиоактивности материалов, сырья, изделий

№ _____ «__» _____ 20____ ж.(г.)

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

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)

4. Зерттеу әдісі (Метод исследования)

5. Өлшеу құралдары (Средства измерений)

(атауы, (наименование)

6. Көлемі (Объем)

7. Партиялар нөмірі (Номер партий)

8. Шығарылған күні (Дата выработки)

9. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке)

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

11. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

12. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

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

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

р/с № № п /п	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Көрсеткіштердің ата- уы (Наименование пока- зателей)	Өлшем бірлігі (Единица изме- рения)	Нақты меншікті тиімді белсенділік (Фактическая удельная эффектив- ная активность)	Рұқсат етілетін құ- рамы (Допустимое со- держание)
1	2	3	4	5	6

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

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

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

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

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

Приложение 70
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

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

Приложение 70
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 070/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 070/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года № _____

Тамақ өнімдерінің радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования радиоактивности пищевых продуктов

№ _____ «__» _____ 20____ ж.(г.)

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

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)

4. Зерттеу әдісі (Метод исследования)

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

6. Көлемі (Объем)

7. Партиялар нөмірі (Номер партий)

8. Шығарылған күні (Дата выработки)

9. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке)

10. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводилось на соответствие НД)

11. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдығы) Условия проведения испытания (температура, влажность)

12. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

13. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

	Үлгі атауы		Өлшем бірлігі		
--	------------	--	---------------	--	--

р /с № № п /п	(Наименование образца)	Көрсеткіштердің ата- уы (Наименование пока- зателей)	(Единица из- мерения)	Радионуклидтердің меншікті тиімді белсенділігі (Удельная эффективная активность радионуклидов)	Рұқсат етілетін құ- рамы (Допустимое со- держание)
1	2	3	4	5	6

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при

наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП)

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

Приложение 71
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 71
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 071 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 071/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «____» _____ 20____ года №__

**Отын-энергетикалық минералдық шикізаттың радиоактивтілігін зерттеу
хаттамасы**

**Протокол исследования радиоактивности топливно-энергетического
минерального сырья**

№ _____ «_____» _____ 20 _____ ж.(г.)

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

2. Үлгінің атауы (Наименование образца)

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

4. Сынақ жүргізілген күн (Дата проведения испытаний)

5. Зерттеу әдісі, көмірдің күлденуі (Метод исследования, зольность угля) (%)

6. Көлемі (Объем)

7. Партиялар нөмірі (Номер партий)

8. Шығарылған күні (Дата выработки)

9. Зерттеу мына аспаппен жүргізілді (Исследования проводились прибором)

№

10. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке

№

(от) «_____» _____ 20____ ж.(г.)

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

Өлшеу нәтижелері / (Результаты измерений)

р /с №	Үлгінің атауы		Сынақ әдісіне арнал- ған НҚНД на метод испытаний	Рұқсат етіле- тін деңгейі (Скөмір)	Көмірдің радиа- циялық қауіпті- лік класы	Көмірді пайдалану шарттары
--------------	------------------	--	--	--	---	----------------------------------

№ п/п	(Наименование образца)	Радионуклидтердің меншікті белсенділігінің мәнінің қосындысы МАҮБ (С көмір) (Значения суммы отношений удельной активности радионуклидов к МЗУА (С уголь))		(Допустимый уровень (С уголь))	(Класс радиационной опасности угля)	(Условия использования угля)
1	2	3	4	5	6	7

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

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

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

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

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

Приложение 72
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 72
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 072 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 072/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____года № _____

Адамдарды спектрометриялық өлшеу хаттамасы
Протокол спектрометрического измерения человека

№ _____ « _____ » _____ 20__ ж. (г.)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

2. Жеке басын куәландыратын құжаттар (куәлік, төлқұжат) (Документы, удостоверяющие личность (удостоверение, паспорт) № _____ ЖСН (ИИН) _____

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)

4. Жынысы (Пол) _____ Жасы (Возраст) _____ Салмағы (Вес) _____

5. Қосымша деректер (Дополнительные данные)

6. Өлшеу мына аспаппен жүргізілді (измерение проводилось 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 проводилось на соответствие НД)

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

р /с № № п /п	Өлшенетін ағ- заның атауы (Наименова- ние измеряемо- го органа)	Меншікті тиімді белсенділік Cs-137 Бк/кг (Удельная эффек- тивная актив- ность Cs-137Бк/кг)	Меншікті тиімді белсенділікMn- 54Бк/кг (Удельная эффек- тивная активность Mn - 54Бк/кг)	Меншікті тиімді белсенділік Cr- 51Бк/кг (Удельная эффек- тивная актив- ность Cr-51 Бк/кг)	Меншікті тиімді белсенділік Co-60 Бк/кг (Удельная эффек- тивная актив- ность Co-60 Бк/кг)	Меншікті тиімді белсенділік I-131 Бк/кг (Удельная эффек- тивная актив- ность I-131 Бк/кг)
1	2	3	4	5	6	7

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

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

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

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

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

Приложение 73
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 73
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 073/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 073/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Жағындылар әдісімен алынатын ластануды зерттеу хаттамасы
Протокол исследования снимаемого загрязнения методом мазков

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

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

2. Үлгінің атауы (Наименование образца)

3. Үлгілердің алынған күні (Дата отбора образца)

4. Объекті пайдаланатын ИСК түрі (Вид ИИИ использующих объектом)

5. Зерттеу әдісі (Метод исследования)

6. Зерттеу мына аспаппен жүргізілді (Исследования проводились прибором)

№

7. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

№

(от) «_____» _____ 20__ ж.(Г.)

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

9. Сәуле көздерінің және бақылау нүктелерінің орналасу схемасы (Схема расположения источников и контрольных точек)

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

р/с № № п /п	Алынатын ласты бақылау орны (Место контроля снимаемого загрязне- ния)	Анықталған белсенділік, Бк/см ² Обнаруженная активность, Бк/см ²		Сынақ әдісіне арнал- ған НҚ (НД на метод испыта- ний)
		Жиынтық альфа- белсенді- лік (Суммарная альфа-актив- ность)	Жиынтық бета- белсенді- лік (Суммарная бета-актив- ность)	
1	2	3	4	5

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

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

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

Зерттеу нәтижелері тек сыналатын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

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

Приложение 74
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 74
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 074/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 074/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Радионуклидтік терапиядан кейін пациенттердің экспозициялық дозасының
қуатына өлшеу жүргізу хаттамасы**

**Протокол проведения измерений мощности экспозиционной дозы пациентов
после радионуклидной терапии**

№ _____ «_____» _____ 20 _____ ж.(г.)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

2. Жеке басын куәландыратын құжаттар № ____ (куәлік, төлқұжат, кім берген)
(Документы, удостоверяющие личность № ____ (удостоверение, паспорт, кем
выдан)) _____

керектісін сызу (нужное подчеркнуть)

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)

4. Қосымша деректер (Дополнительные данные)

5. Өлшеу мына аспапта жүргізілді (измерение проводились на приборе) №

6. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке) №

7. Өлшеулер түрегеп тұрған пациентке әр жағынан және әртүрлі деңгейде 1 м
қашықтықта жүргізілді (Измерения проводились на расстоянии 1 м от стоящего
пациента с разных сторон и на разных уровнях)

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

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

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

Ағзаның атауы Наименование органа	Өлшенген ЕТТД (мкЗв/ч) (Измеренная МЭД (мкЗв/сaғ))	Рұқсат етілетін ЕТТД (мкЗв/ч) (Допустимая МЭД (мкЗв/сaғ))	Ағзаның атауы (Наименование органа)	Өлшенген ЕТТД (мкЗв/ч) (Измеренная МЭД (мкЗв/сaғ))	Рұқсат етілетін ЕТТД (мкЗв/ч) (Допу- стимая МЭД (мкЗв /сaғ))

Алдыннан (Спреди)			Оң жақ бүйірінен (С правого бока)		
Қалқанша без (Щито- видная железа)			Қалқанша без (Щито- видная железа)		
Кеуде (Грудь)			Кеуде (Грудь)		
Асқазан (Желудок)			Асқазан (Желудок)		
Жыныс ағзалары (Поло- вые органы)			Жыныс ағзалары (Поло- вые органы)		
Артынан (Сзади)			Сол жақ бүйірінен (С левого бока)		
Қалқанша без (Щито- видная железа)			Қалқанша без (Щито- видная железа)		
Кеуде (Грудь)			Кеуде (Грудь)		
Асқазан (Желудок)			Асқазан (Желудок)		
Жыныс ағзалары (Поло- вые органы)			Жыныс ағзалары (Поло- вые органы)		

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

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

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

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

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

Приложение 75
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

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

Приложение 75
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 075/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 075/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года № _____

Дайын тағамдар мен жартылай фабрикаттарды зерттеу хаттамасы
Протокол исследования готовых блюд и полуфабрикатов

№ _____ «__» _____ 20____ ж. (г.)

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

2. Тағамның, жартылай фабрикаттың атауы (Наименование блюда, полуфабриката)

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

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

5. Көлемі (Объем)

6. Партиялар саны (Номер партий)

7. Шығарылған күні (Дата выработки)

8. Жарамдылық мерзімі (Срок годности)

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

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

11 Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

12. Зерттеу әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)

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

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Сынама атауы (Наименование пробы)	Ингредиенттер көрсеткіштерінің және басқаларының атауы Наименование показателей ингредиентов и других	Анықталған шоғырландыру Обнаруженная концентрация	Нормативтік көрсеткіштер Нормативные показатели	Зерттеу әдісіне арналған НҚ НД на методы исследования
1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

Приложение 76
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 76
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 076/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 076/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Елді мекендердің атмосфералық ауасының сынамасын алу және зерттеу
хаттамасы**

**Протокол отбора и исследования проб атмосферного воздуха населенных
мест**

№ _____ «_____» _____ 20____ ж. (г.)

1. Ауа үлгісі алынған орын (Место отбора образца воздуха)

2. Үлгінің түрі (бір жолғы, тәуліктік орташа) (Вид образца (разовая, среднесуточная))

3. Үлгі сәйкестендіріліп алынған НҚ (НД, в соответствии с которой произведен отбор образца)

4. Сынамалар алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора проб)

5. Сынамалар жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки проб)

6. Үлгілерді алуда қолданылған өлшем құралдары (Средства измерений, применяемые при отборе образца)

7. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке)

8. Жергілікті жердің сипаттамасы (Характеристика местности):

рельефі (рельеф)

жасыл желектер (зеленый массив)

оның биіктігі (его высота)

ластану көзінен арақашықтығы (расстояние от источника загрязнения)

9. Жақын орналасқан объектілер (Близлежащие объекты)

10. Үлгіні алған адамның лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица производившего отбор образца) _____

қолы (подпись) _____

11. Аудан өкілінің атқаратын лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Занимаемая должность представителя района, фамилия, имя, отчество (при его наличии)) _____ қолы (подпись) _____

Нөмірлері (Номера)		Үлгілер- ді алған орын (Точка отбора образ- цов)	Сыңқ әдісіне НҚ (НД на ме- тод испытаний)	Метеорологиялық факторлар (Метеорологические факторы)			Алу уақыты (сағ.,мин) (Время отбора (час, мин))			
Сүзгілер- дің, сіңір- гіштердің (Филь- тров, по- глодите- лей)	Кескіні бой- ынша алу нүктелерінің (Точек отбо- ра по эскизу)			Атмосфера- лық қысым, мм. сын. бағ. (Атмосфер- ное давле- ние мм. рт. ст.)	Ауа темпера- турасы С° (Температура воздуха)		Салы- стырма- лы ылғал- дылығы (Относи- тельная влаж- ность)	Ба- ста- луы (На- ча- ло)	Аяқ- та- луы (Ко- нец)	Аспи- рация жыл- дамды- ғы, л /ми- нутпен (Ско- рость аспи- рации, в л /мин)
					Құр- ғақ (Су- хо- го)	Ылғал- ды (Влаж- ного)				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

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

Анықталатын заттың, ингредиентің атауы (Наименование определяемого вещества, ингредиента)	Өлшем бірліктері, шоғырлануды зерттеу нәтижесі (Единицы измерения, результат исследования концентрации)				Зерттеу негізделіп жүргізілген нормативтік құжаттама (Нормативная документация в соответствии с которой проводились исследования)
	Ең жоғары - бір жолғы (Максимально-разовая)		Тәуліктік орташа (Среднесуточная)		
	Анықталған (Обнаруженная мг /м³)	РЕ-ІІІІ (ПДК)	Анықталған (Обнаруженная мг /м³)	РЕ-ІІІІ (ПДК)	

12	13	14	15	16	17
----	----	----	----	----	----

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

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

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

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

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

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

Приложение 77
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 77
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 077/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 077/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Жабық үй-жайлар мен жұмыс аймағы ауасының сынамасын алу және
зерттеу хаттамасы**

**Протокол отбора и исследования проб воздуха закрытых помещений и
рабочей зоны**

№ _____ « ____ » _____ 20 ____ ж.(г.)

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

2. Ауа сынамаларын алу орны, цех, учаске, бөлімше, үй-жай, ғимарат, бөлме, сынып және басқалар (Место отбора проб воздуха (цех, участок, отд., помещение, здание, комната, класс и другие))

3. Алынған күні және уақыты (Дата и время отбора)

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

5. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

6. Сақтау шарттары (Условия хранения)

7. Сынамаларды алу кезінде қолданылатын өлшеу аспаптары (Средства измерений, применяемые при отборе проб)

8. Тексеру туралы деректер (Сведения о поверке)

9. Үй-жайдың сипаттамасы (Характеристика помещения)

10. Жұмыс істейтін адамдар саны (Количество работающих человек)

11. Ластанудың негізгі көздері (Основные источники загрязнения)

12. Ластау көздері мен ауа сынамаларын алған жерлерді (алу нүктелерінің реттік нөмірлерін) көрсете отырып, үй-жайдың (аумақтың, алаңның, жұмыс орнының және басқалардың) эскизі (Эскиз помещения (территории, площадки, рабочего места и другие) с указанием источника загрязнения и точек отбора проб воздуха

(порядковые номера точек отбора)

13. Ауа сынамасын алуға қатысқан тексерілетін объекті өкілінің лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя обследуемого объекта, присутствующего при отборе воздуха), қолы (подпись)

14. Технологиялық процестің сипаттамасы (Характеристика технологического процесса): Жұмыс істейтін жабдықтардың пайызы (Процент работающего оборудования)

15. Режимі, қолмен орындалатын операциялар (Режим, наличие ручных операций)

16. Ауа үлгісін алған адамның лауазымы Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Должность, Ф.И.О. (при его наличии), проводившего отбор воздуха)
_____ қолы (подпись)

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерения)

Нөмірлері Номера		Үлгілерді алған орын (Точка отбора образцов)	Метеорологиялық факторлар (Метеорологические факторы)				
Сүзгілердің, сіңіргіштердің (Фильтров, поглотителей)	Эскиз бойынша алу нүктелерінің (Точек отбора по эскизу)		Атмосфералық қысым, мм. сын. бағ. (Атмосферное давление мм.рт. ст.)	Ауа температурасы С° (Температура воздуха С°)			
				Құрғақ (Сухого)	Ылғалды (Влажного)	Салыстырмалы ылғалдылығы (Относительная влажность)	Ауа қозғалысының жылдамдығы (Скорость движения воздуха)
1	2	3	4	5	6	7	8
Арақашықтық м, см (Расстояние в м, см)			Алу уақыты (сағ.,мин) (Время отбора (час,мин))				
Еденнен (От пола)	Ластану көзінен (От источника загрязнения)		Басталуы (Начало)	Аяқталуы (Конец)	Аспирация жылдамдығы,л/минутпен (Скорость аспирации, вл/мин)		
9	10		11	12	13		

Сіңіргіштер мен сүзгілердің нөмірлері осы нысанның (№ __) артқы бетіне сәйкес жүргізілетін жабық үй-жайлардың ауасын зерттеу нәтижелерін тіркеу

журналынан көшіріп жазылады. Номера поглотителей и фильтров переписываются из журнала регистрации результатов исследования воздуха закрытых помещений, который ведется в соответствии с разворотом данной формы.

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

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

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

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

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

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

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

Приложение 78
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Приложение 78
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 078 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 078/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Жарықтандыруды өлшеу хаттамасы
Протокол измерений освещенности

№ _____ «__» _____ 20____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы, цех, учаске, сынып, бөлме (Наименование
объекта, адрес,

(цех, участок, класс, комната)

2. Өлшеу мақсаты (Цель измерения)

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

4. Фотоэлектрлік люксметр типі, инвентарлық (Фотоэлектрический люксметр
типа, инвентарный)

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

6. Өлшеулер негізделіп жүргізілген НҚ (НД, в соответствии которой проводились измерения)

атап өтіңіз (перечислить)

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

8. Жабдықтардың орналасуы, шамдардың орналасуы, жарық беретін
конструкциялардың орналасуы (терезе, жарық беретін шамдар) көрсетілген және
өлшеу нүктелері енгізілген үй-жайдың эскизі (Эскиз помещения с указанием
расстановки оборудования, размещения светильников, расположения
светонесущих конструкций (окон, световых фонарей) и нанесением точек
замеров)

9. Өлшеу жүргізілген күні (Дата проведения замера)

Жасанды жарықты өлшеу нәтижелері
(Результаты измерения искусственной освещенности)

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

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Эскиз бойынша нүктенің нөмірі (Номер точки по эскизу)	Өлшеу орны (Место измерения)	Жұмыс разряды, кіші разряд (Разряд работы, под разряд)	Жалпы, жергілікті, аралас жарықтандыру жүйесі (Система освещения общее, местное, комбинированное)	Шамның түрі, типі және маркасы (Вид, тип и марка лампы)	Жарықтандыру люкспен (Освещение в люксах)	Нормалар бойынша рұқсат етілген, лк (Допустимая по нормам, лк)
1	2	3	4	5	6	7	8

Тір- кеу нөмі- рі (Ре- ги- стра- цион- ный но- мер)	Эскиз бой- ынша нүкте нөмірі (Но- мер точки по эс- кизу)	Өл- шеу ор- ны (Ме- сто из- ме- ре- ния)	Жұ- мыс разря- ды, кі- ші разря- ды (Раз- ряд, под- раз- ряд рабо- ты)	Өл- шеу жүргі- зу уа- қыты (Вре- мя про- веде- ния заме- ров)	Үй-жай ішіндегі табиғи, біріктірілген, аралас жарықтандыру (Естественная, совмещенная, комбинированная освещенность внутри помещения)						Сырт- қы жа- рық (Наруж- ная осве- щен- ность)	ТЖК орта- ша мәні (КЕО сред- нее зна- че- ние)
					Табиғи жарықтан- дыру кезінде При естественном освещении		Біріктірілген жа- рықтандыру кезін- де При совмещенном освещении		Аралас жарықтан- дыру кезінде При комбиниро- ванном освещении			
					Жарық- танды- руды нақты өлшеу, лк (Факти- ческий замер осве- щенно- сти,лк)	Нор- ма бой- ынша рұқ- сат етіл- ген (Допу- сти- мая по нор- мам)	Жарық- тандыру- ды нақ- ты өл- шеу, лк (Факти- ческий замер освещен- ности, лк)	Нор- ма бой- ынша рұқ- сат етіл- ген (Допу- сти- мая по нор- мам)	Жарық- тандыру- ды нақ- ты өл- шеу, лк (Факти- ческий замер освещен- ности, лк)	Нор- ма бой- ынша рұқ- сат етіл- ген (Допу- сти- мая по нор- мам)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

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

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _____

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады
(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған
(Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Приложение 79
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау
министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
79-қосымша

Приложение 79
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 079/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 079/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Метеорологиялық факторларды өлшеу хаттамасы
Протокол измерений метеорологических факторов

№ _____ «__» _____ 20____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Өлшеу жүргізу орны, цех, учаске, бөлімше, ғимарат және басқалары (Место проведения измерений, цех, участок, отделение, здание и другое)

3. Өлшеулер мақсаты (Цель измерения)

4. Өлшеулер тексерілетін объект өкілінің қатысуымен жүргізілді, лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого объекта, должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

5. Өлшеулер құралы, атауы, маркасы, инвентарлық нөмірі (Средство измерений, наименование, марка, инвентарный номер)

1) Тексеру туралы мәліметтер, куәліктің, анықтаманың күні және, нөмірі (Сведения о поверке, дата и номер свидетельства, справки)

6. Өлшеулер жүргізуге және қорытынды беруге негіз болған НҚ (НД, в соответствии с которой проводились измерения и давалось заключение

атап көрсетіңіз (указать)

7. Үй-жайдың сипаттамасы (Характеристика помещения):

а) жалпы ауданы (площадь) общий _____ м²; көлемі кубатура) _____ м³

б) жұмыс істейтін адамдардың саны (Количество работающих человек)

в) ылғалды бөлу (влаговыведение): елеулі (значительное), елеусіз (незначительное)

г) шамадан тыс жылу (избытки явного тепла): жоқ (отсутствуют), елеусіз (незначительное), елеулі (значительные)

8. Жабдықтардың орналасуы көрсетілген және өлшеу нүктелері енгізілген үй-жай кескіні

(Эскиз помещения с указанием размещения оборудования и нанесением точек замеров)

9. Атмосфералық ауаның метеорологиялық факторларын өлшеу нәтижелері (Результаты измерений метеорологических факторов атмосферного воздуха):

а) құрғақ ауа температурасы (температура сухого воздуха) _____ С°, ылғал ауаның (влажного) температурасы _____ С°

б) салыстырмалы ылғалдылық (относительная влажность) %:

в) қысым мм. сын. бағ. (давление мм. рт. ст.):

10. Өлшеу жүргізілген күні (Дата проведения замера)

Өлшеулер нәтижелері (Результаты замеров)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Эскиз бойынша нүктелердің № (№ точек по эскизу)	Өлшеу орны (Место измерений)	Ауырлық бойынша жұмыс санаты (Категория работ по тяжести)	Тәуліктің өлшеу жүргізілген уақыты (Время суток проведения измерений)	Ауа температурасы °С Температура воздуха °С		Ауаның салыстырмалы ылғалдылығы %-бен Относительная влажность воздуха в %	
					Өлшенген (Измеренная)	Нормалар бойынша оңтайлы/рұқсат етілген (Оптимальная/допустимая по нормам)	Өлшенген (Измеренная)	Нормалар бойынша оңтайлы/рұқсат етілген (Оптимальная/допустимая по нормам)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ауаның қозғалыс жылдамдығы м/с артық емес (Скорость движения воздуха не более м/с)			Ауаның шығыны, м³/сағ (Расход воздуха, м³/час)			Ауа алмасуының жиілігі (Кратность воздухообмена)		Ескертпе Примечание
				Рұқсат етілген				

Өл- шен- ген Изме- ренная	Нормалар бойынша оңтайлы /рұқсат етілген оптимальная/допустимая по нормам	Өлшенген Из- меренная	(жоба бойынша) Допусти- мое (по проекту)	Есептелген Рас- считанная	Рұқсат етілген Допу- стимая	
10	11	12	13	14	15	16

Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _____

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Приложение 80
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
80-қосымша

Приложение 80
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 080/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 080/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Орталықтандырылған және орталықтандырылмаған сумен жабдықтаудың
ауыз су үлгілерін зерттеу хаттамасы**

**Протокол исследования образцов питьевой воды централизованного и
нецентрализованного водоснабжения**

№ _____ «__» _____ 20____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгінің атауы (Наименование образца)

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

4. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)

5. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)

6. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)

7. Көлемі (Объем)

8. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)

9. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность))

10. Үлгі алу әдісіне арналған НҚ (НД на метод отбора)

11. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

12. Сақтау шарттары (Условия хранения)

13. Су үлгілерін консервациялау әдістері (Методы консервации образца воды)

Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	Анықталған концентрация Обнаруженная концентрация	Нормативтік көрсеткіштер Нормативные показатели	Зерттеу әдісіне НҚ (НД на метод исследования)
Иісі (запах) 20°C кезіндегі баллдары (балы при 20°C)			

Иісі (запах) 60°C кезіндегі баллдары (балы при 60°C)			
Дәмі (привкус) 20°C кезіндегі баллдары (балы при 20°C)			
Түстілігі (цветность) градустар (градусы)			
Лайлылығы (мутность) стандарттық шкала бойынша мг/л (по стандартной шкале)			
рН			
Еркін қалдық хлор (Остаточный свободный хлор) мг/дм ³			
Байланыстағы қалдық хлор (Остаточный связанный хлор) мг/л			
Қалдық озон (Остаточный озон) мг/л			
Перманганат тотығы (Окисляемость перманганатная) мг/л			
Аммиак азоты (Азот аммиака) мг/л			
Нитриттер азоты (Азот нитритов) мг/л			
Нитраттар азоты (Азот нитратов) мг/л			
Жалпы кермектік (Общая жесткость) мг-экв/л			
Құрғақ қалдық (Сухой остаток) мг/л			
Хлоридтер (Хлориды) мг/л			
Сульфаттар (Сульфаты) мг/л			
Темір (Железо) мг/л			
Мыс (Медь) мг/л			
Кадмий мг/л			
Мырыш (Цинк) мг/л			
Қорғасын (Свинец) мг/л			
Күшән (Мышьяк) мг/л			
Ртуть (Сынап) мг/л			
Фтор мг/л			
Молибден мг/л			
Бериллий (Be 2+) мг/л			
Қалдық алюминий мг/л (Остаточный алюминий)			
Марганец мг/л			
Полифосфаттар (Полифосфаты) мг/л			
Бор (В) мг/л			
Селен (Se) мг/л			
Хром (Cr 6+) мг/л			
Хром (Cr 3+) мг/л			
Никель (Ni) мг/л			
Мұнай өнімдері/Нефтепродукты, мг/л			
Полиакриламид мг/л			
Жергілікті жағдайларға тән ерекше заттар (Специфические вещества, характерные для местных условий) мг/л			

Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП)_____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Приложение 81
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау
министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84
бұйрығына
81-қосымша

Приложение 81
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 081 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 081/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____года № _____

Жер үсті су объектілерінің және сарқынды су үлгілерін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования образцов поверхностных водных объектов и
сточных вод

№ _____ « _____ » _____ 20 _____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгінің атауы (Наименование образца)

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

4. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)

5. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)

6. Көлемі (Объем)

7. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)

8. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность))

9. Үлгіні алу әдісіне арналған (НД на метод отбора)

10. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

11. Сақтау шарттары (Условия хранения)

Көрсеткіштердің атауы (Наименование показателей)	Анықталған концен- трация (Обнаруженная кон- центрация)	Нормативтік көр- сеткіштер (Нормативные по- казатели)	Зерттеу әдістеріне арналған НҚ (НД на методы ис- следования)
---	--	--	---

Иісі (Запах)	Қарқындылығы, баллмен (Интенсивность в баллах)			
	Сипаты (суреттеледі) (Характер (описать))			
	Жоғалу шегі (араласқандағы) (Порог исчезновения (в разведении))			
Түстілігі, градуспен (Цветность в градусах)				
Түсі (суреттеу) (Цвет (описать))				
Түсінің жоғалу шегі (араласқандағы) (Порог исчезновения цвета (в разведении))				
Лай, тұнба (суреттеу) (Муть, осадок (описать))				
Мөлдірлігі (Прозрачность)				
Қалқып жүрген қоспалар, қабыршақ (Плавающие примеси, пленка) мг/дм ³				
Қалқымалы заттар (Взвешанные вещества) мг/дм ³				
рН				
Ерітілген оттегі (Растворенный кислород) мгО ₂ /л				
ОБТ (БПК) - 5 мгО ₂ /дм ³				
ОБТ(БПК) - 20 мгО ₂ /дм ³				
Тотығуы перманганаттық (Окисляемость перманганат- ная) мг/ л				
ОХТ (ХПК) мгО ₂ /л				
Жалпы кермектігі (Жесткость общая) моль/л				
Жалпы минералдау (Құрғақ қалдық) Общая минерализа- ция(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) Сг 3+			
Алты валентті хром (Хром шестивалентный) Сг 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 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)

Приложение 82
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау
министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
82-қосымша

Приложение 82
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 082 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 082/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «____» _____ 20____ года № _____

Буынаяқтыларды энтомологиялық зерттеу хаттамасы
Протокол энтомологического исследования членистоногих

№ _____ «_____» _____ 20____ ж. (г.)

1. Өтініш білдірген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обратившегося лица)

2. Жасы (Возраст)_____ Мекенжайы (Адрес)

3. ЖСН (ИИН) _____

4. Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымының атауы (Место работы, учебы,
наименование детской организации)

5. Болжамды анықталған орын (Предполагаемое место обнаружения)

6. Буынаяқтының түрлік тиесілігі, жынысы (Видовая принадлежность
членистоного, пол) _____

7. Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)

8. Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб
проводились на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.
И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего
исследование)_____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-
сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии),ЭЦП)

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты
исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная
перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Приложение 83
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
83-қосымша

Приложение 83
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 083/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 083/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Шайындыларды паразитологиялық зерттеу хаттамасы
Протокол паразитологического исследования смывов

№ _____ « _____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Үлгіні алу мақсаты (Цель исследования образца)

4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)

5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)

6. Көлемі (Объем)

7. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)

8. Алу әдісіне арналған НҚ (НД на метод отбора)

9. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Сынамалар нөмірі (Номер проб)	Үлгіні алу орны және нүктелері (Место и точки отбора)	Нәтиже (Результат)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	Ескертпе (Примечание)
1	2	3	4	5

Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Приложение 84
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
84-қосымша

Приложение 84
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____№__ бұйрығымен бекітілген № 084/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 084/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____года № _____

Перианалдық қатпардан алынған қырындыны зерттеу нәтижесі
Результат исследования соскоба с перианальных складок

№ _____ «__» _____ 20____ж.(г.)

1. Шаруашылық жүргізуші субъектінің, ұйымның атауы, мекенжайы
(Наименование хозяйствующего субъекта, организации, адрес)

2. Сынама алу орны (Место взятия пробы)

3. Алу уақыты (Время отбора) _____ жеткізілу уақыты (доставки)

4. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)

5. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Т.А.Ә (ол болған жағдайда) (Ф.И.О (при его нали- чии))	Туған жы- лы (Год рож- дения)	Зерттеу нәтижесі (Результат исследо- вания)	Сынақ әдісіне арналған НК (НД на ме- тод испытаний)	Ескертпе (Приме- чание)
1	2	3	4	5	6

Үлгінің НК-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді / (Исследование проб
проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.
И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего
исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-
сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)
(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты
исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная
перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Приложение 85
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
85-қосымша

Приложение 85
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 085/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 085/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Нәжісті, перианалдық қатпардан алынған қырындыларды
паразитологиялық зерттеу нәтижесі**
**Результат паразитологического исследования фекалий, соскобов с
перианальных складок**

№ _____ «__» _____ 20 _____ ж. (г.)

1. Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)

2. Жасы (Возраст)_____ Мекенжайы (Адрес)

3. Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымының атауы (Место работы, учебы, наименование детской организации)

4. Алғашқы, қайталап, бақылау үшін зерттеу (Исследование первичное, повторное, контрольное)

5. Зерттеу кезінде анықталды: (при исследовании обнаружены):

гельминт жұмыртқалары (яйца гельминтов)

қарапайымдылар, вегетативті цисталар (Простейшие, вегетативные цисты)

6. Сынаманы зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД)

7. Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)
(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек 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)

Приложение 86
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
86-қосымша

Приложение 86
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 086/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 086/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Қанды безгекке зерттеу нәтижесі
Результат исследования крови на малярию

№ _____ «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Қан препараттарын паразитологиялық зерттеу (паразитологическое исследование препаратов крови): оның ішінде (в том числе) «жұқа жағындылар» («тонких мазков») «қалың тамшылар» («толстых капель»)

2. Тексерілетін адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) обследуемого)

3. Жасы (Возраст) _____ Тұрғылықты мекенжайы (Адрес места жительства)

4. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

5. Безгек ауруының қоздырғыштары анықталды (Обнаружены возбудители малярии) _____ паразиттің қысқартылған туыстастық және толық түр атауын көрсетіңіз (мысалы: P.vivax) (указать сокращенное родовое и полное видовое название паразита (н-р: P.vivax))

6. Паразитемияның қарқындылығы (Интенсивность паразитемии)

7. Көлемі (Объем)

8. Зерттеу әдістеменің НҚ-ы (НД на метод испытаний)

9. Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)
(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек 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)

Приложение 87
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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 ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 087/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» ____ 20 ____ года №____

Паразиттік ауруларға 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)

Приложение 88
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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 нысаны медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 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)

Приложение 89
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
89-қосымша

Приложение 89
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 089 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 089/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года №____

Топырақ үлгілерін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования образцов почвы

№ _____ «__» _____ 20____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)

4. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца)

5. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)

6. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)

7. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)

8. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность))

9. Үлгі алу әдісіне НҚ (НД на метод отбора)

10. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

11. Сақтау шарттары (Условия хранения)

Сынама атауы (Наименование пробы)	Көрсеткіштердің атауы (Наименование показателей)	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	НҚ бойынша норма (Норма по НД)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытания)	Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)
1	2	3	4	5	6

Сынаманы зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді /

(Исследование проб проводилось на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП) _____

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Приложение 90
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
90-қосымша

Приложение 90
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 090/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 090/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Дайын тағамдардың, рациондардың құнарлығын зерттеу хаттамасы
Протокол исследования готовых блюд, рационов на калорийность
№ _____ «__» _____ 20__ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Тағамның, жартылай фабрикаттың атауы (Наименование блюда, полуфабриката)

3. Алынған орын (Место отбора)

4. Өндіруші (Изготовитель)

5. Өнімге арналған НҚ (НД на продукцию)

6. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)

7. Жарамдылық мерзімі (Срок годности)

8. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)

9. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

10. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____

11. Сынақ жүргізу шарттары (Условия проведения испытаний): температура _____, ылғалдығы (влажность) _____

12. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Тағамдардың атауы (Наименование блюд)	Зерттеу әдісіне НҚ (НД на метод испытаний)	Порцияның салмағы граммен (Вес порции в граммах)		Салмағы граммен (г) (Вес в граммах (г))				
			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

(Химический состав в единицах измерения – г)					
Құрғақ заттар Сухие вещества			Ақуыздар-көмірсулар белки-углеводы		
Рецепт бойынша (По рецептуре)	Ең төменгі рұқсат етілетін (Минимально допустимые)	Іс жүзінде (Фактически)	Рецепт бойынша (По рецептуре)	Ең төменгі рұқсат етілетін (Минимально допустимые)	Іс жүзінде (Фактически)
11	12	13	14	15	16

Химиялық құрамы, өлшем бірлігі г Химический состав в единицах измерения г								
Ақуыздар Белки			Майлар Жиры			Көмірсулар Углеводы		
Ре- цепт бой- ынша (По рецеп- туре)	Ең төменгі рұқсат етіле- тін (Минималь- нодопусти- мые)	Іс жү- зінде (Фак- тиче- ски)	Ре- цепт бой- ынша (По рецеп- туре)	Ең төменгі рұқсат етілетін (Минимально допустимые)	Іс жү- зінде (Фак- тиче- ски)	Ре- цепт бой- ынша (По рецеп- туре)	Ең төменгі рұқсат етілетін (Минимально допустимые)	Іс жү- зінде (Фак- тиче- ски)
17	18	19	20	21	22	23	24	25

Құнарлылығы Калорийность			Ауытқуы Отклонение					«С» дәруменінің болуы (мг %) (Содержание вит. «С»(мг%))
Теория жүзінде (Теорети- ческая)	Ең төменгі рұқ- сат етілетін (Минимально до- пустимые)	Іс жүзінде (Фактически)	Ақуы- здар (Бел- ки)	Май- лар (Жи- ры)	Көмір- сулар (Угле- воды)	Құнар- лылығы (Кало- рий- ность)	Ақуыздар+ Көмірсулар (Белки+ Углеводы)	
26	27	28	29	30	31	32	33	34

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Приложение 91
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
91-қосымша

Приложение 91
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « _____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 091 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 091/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

Қоректік орталардың сапасын зерттеу хаттамасы
Протокол исследования качества питательных сред

№ « _____ » _____ 20 _____ ж.(г.)

1. Шарт бойынша келіп түскен үлгілер (Образцы, поступившие по договору):

2. Үлгіні жіберген мекеменің атауы, мекенжайы (Наименование учреждения, направившего образец, адрес):

3. Атауы (наименование):

4. Мөлшері (количество):

5. Зерттеудің басталу күні (дата начала исследования):

6. Зерттеудің аяқталу күні (дата окончания исследования):

7. Сынақ түрі (Вид испытаний):

Орта (Среды)	Ерекше белсенділік (Специфическая активность)	Тест- штамм (коллек- ция) (Тест- штамм) (коллек- ция)	Сұйылту (Разведение)	Инкубация және уа- қыт (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 сыналудағы 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)

Приложение 92
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
92-қосымша

Приложение 92
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 092/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 092/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Ауада радонның және оның ыдырауынан пайда болған өнімдердің болуын
өлшеу хаттамасы**

(топырақ бетінен алынған радонның ағымдық тығыздығын өлшеу)

**Протокол измерений содержания радона и продуктов его распада в воздухе
(измерение плотности потока радона с поверхности грунта)**

№ _____ «_____» _____ 20__ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Өлшеу жүргізілген орын (Место проведения измерений)

3. Өлшеулер объекті өкілінің қатысуымен жүргізілді

(Измерения проведены в присутствии представителя объекта)

4. Өлшеу мақсаты (Цель измерения)

5. Өлшеу құралдары (Средства измерений) атауы, түрі, зауыттық нөмірі
(наименование, тип, заводской номер)6. Тексеру туралы мәліметтер куәліктің күні мен нөмірі (Сведения о поверке дата
и номер свидетельства)

7. Зерттеудің басталған күні (Дата начала испытаний)

8. Зерттеудің аяқталған күні (Дата окончания испытаний)

9. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения
испытаний (температура, влажность))**Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)**

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Өлшеу жүргізілген орны (Место проведения измерений)	Радонның өлшенген, тепе-тең, эквивалентті, көлемді белсенділігі Бк/м3 (Измеренная, равновесная, эквивалентная, объемная активность радона Бк/м3) Топырақ бетінен алынған радон ағынының өлшенген тығыздығы (мБк/ш.м.сек) (Измеренная плотность потока радона с поверхности грунта (мБк/м2·сек)	Рұқсат етілетін шоғырлану Бк/м3 (Допустимая концентрация Бк/м3) Ағынның шекті тығыздығы (мБк/м2·сек)
--	--	--	---

			(Допустимая плот- ность потока (мБк /м2·сек)
1	2	3	4

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)
(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Приложение 93
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
93-қосымша

Приложение 93
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____№__ бұйрығымен бекітілген № 093/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 093/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____года №_____

Өнеркәсіп кәсіпорындарындағы өлшеулер хаттамасы
Протокол измерений промышленных предприятий

№ _____ « _____ » _____ 20__ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Өлшеулер жүргізілген орын, бөлім, цех, квартал (Место проведения замеров, отдел, цех, квартал)

3. Өлшеу мақсаты (Цель измерения)

4. Өлшеулер тексерілетін объекті өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого объекта)

5. Өлшеулер құралдары (Средства измерений)

атауы, түрі, инвентарлық нөмірі (наименование, тип, инвентарный номер)

6. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке)

Куәліктің күні мен нөмірі (дата и номер свидетельства)

7. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Өлшеу жүргізілген орын (Место проведения измерения)	Дозаның өлшенген қуаты (мкЗв/час, н/сек) (Измеренная мощность дозы (мкЗв/час, н/сек))		Альфа-бөлшектер ағынының тығыздығы, Бк/см ² (б/см ² x мин) (Плотность потока альфа-частиц, Бк/см ² (част/см ² x мин))		Бета-бөлшектер ағынының тығыздығы, Бк/см ² (б/см ² x мин) (Плотность потока бета-частиц, Бк/см ² (част/см ² x мин))	
		Өлшеу нәтижелері	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

		(Результаты измерений)					(Допустимые уровни)
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Ауадағы радонның өлшенген, тепе-тең, эквивалентті, көлемді белсенділігі Бк/мЗ (Измеренная, равновесная, эквивалентная, объемная активность радона в воздухе 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))	
Өлшем саны (Количество измерений)	Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)	Өлшем саны (Количество измерений)	Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)
9	10	11	12

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)_____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Приложение 94
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
94-қосымша

Приложение 94
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____№__ бұйрығымен бекітілген № 094/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 094/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «____» _____ 20____года №____

Шаң үлгілерін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования образцов пыли

№ _____

«____» _____ 20____ ж. (г.)

1. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____
3. Үлгіні жіберген мекемелердің атауы (Наименование учреждений, направивший образец) _____
4. Мөлшері (Количество) _____
5. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____
6. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
7. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
8. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
9. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____
10. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____
11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____
12. Үлгіні зерттеу НҚ-ғасәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)

Зерттеу нәтижелері

(Результаты исследования)Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгінің нөмірі (Номер образца)	Үлгіні зерттеу НҚ сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)	Нақты көрсеткіші (Фактический показатель)	Сынақ әдістеріне НҚ (НД на метод испытаний)
1	2	3	4	5

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП)
(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Приложение 95
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
95-қосымша

Приложение 95
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 095/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салама- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 095/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20__ года № _____

№ _____ әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттама
Протокол об административном правонарушении № _____
20 _____ жыл (года) «__» _____ уақыт сағат минут (время часов
минут)
толтыру орны (место составления)

Хаттаманы жасаған адамның лауазымы, тегі және аты-жөні (должность,
фамилия и инициалы лица, составившего
протокол _____

Өзіне қатысты іс қозғалған тұлға туралы мәліметтер (Сведения о лице, в
отношении которого возбуждено дело):

Жеке тұлғалар үшін (для физических лиц)

Әкімшілік құқық бұзушылық жасаған тұлғаның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған
жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) лица, совершившего административное
правонарушение)

_____ Туған
жылы, айы, күні (Дата рождения) «_____» _____ Г.

Тұрғылықты жері (Место жительства):

_____ Жеке басын
куәландыратын құжаттың атауы мен деректемелері, (төлқұжат, жеке басын
куәландыратын куәлік, тұрғылықты жері, азаматтығы жоқ тұлғаларды
куәландыру, туу туралы куәлік, жеке кәсіпкерлік куәлігі) (Наименование и
реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорт, удостоверение
личности, вид на жительство, удостоверение лица без гражданства, свидетельство
о рождении, свидетельство индивидуального предпринимателя)

№ _____ берілген күні (дата выдачи) «_____» _____ ж.(г.)
_____ кім берді (кем выдан)) сәйкестендіру нөмірі
(Идентификационный номер) _____

Жұмыс орны (оқу орны) лауазымы (Место работы (учебы)),
должность _____ Телефонның, факстың, ұялы байланыстың
абоненттік нөмірі және (немесе) электрондық мекенжайы (бар болса)
(Абонентский номер телефона, факса, сотовой связи и (или) электронный адрес
(если они имеются)) _____

Басқа да белгілер (Прочие отметки)

_____ Занды тұлғалар үшін (для юридических лиц)

Занды тұлғаның атауы (Наименование юридического лица)

Орналасқан жері (Место нахождения)

Занды мекенжайы (Юридический адрес)

Занды тұлғаның мемлекеттік
тіркеу (қайта тіркеу) нөмірі және күні (номер и дата государственной регистрации
(перерегистрации) юридического лица)

Ұйымдық-құқықтық нысан (Организационно-правовая форма)

Сәйкестендіру нөмірі (идентификационный номер)

Банктік деректемелер (Банковские реквизиты)

Телефонның, факстың, ұялы байланыстың абоненттік нөмірі және (немесе)
электрондық мекенжайы (бар болса) (абонентский номер телефона, факса,
сотовой связи и (или) электронный адрес (если они имеются))

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс қозғау үшін себептер мен негіз ӘҚБтК-
ның 802-бабына сәйкес (Поводы и основание для возбуждения дела об
административном правонарушении, в соответствии со статьей 802 КоАП):

(Құқық бұзушылықтың мән-жайы) әкімшілік құқық бұзушылық жасалған жері,
уақыты және мәні (Фабула правонарушения) место, время совершения и существо
административного правонарушения)

санитариялық-эпидемиологиялық қағидалар немесе гигиеналық нормативтердің немесе басқа да
нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуы болып есептеледі (что является нарушением
требований санитарно-эпидемиологических правил и норм либо гигиенических нормативов,
либо иных нормативных правовых актов)

ӘҚБтК-нің 2-бөлімінің Ерекше бөлігінің осы құқық бұзушылық үшін әкімшілік
жауаптылық көзделетін бабы (статья Особенной части раздела 2 КоАП,
предусматривающая административную ответственность за данное
правонарушение) _____

Егер куәлар және жәбірленушілер болса, олардың тегі, аты, әкесінің аты (ол
болған жағдайда), мекенжайлары (Фамилии, имена, отчества (при их наличии),
адреса свидетелей и потерпевших, если они имеются)

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласында бұрын
әкімшілік жауапкершілікке тартылуы (привлекался ли ранее к административной
ответственности в области санитарно-эпидемиологического благополучия
населения

_____ иә/жоқ,
ӘҚБтК-ның бабын, жауапкершілікке тарту күнін көрсету (да/нет, указать статью
КоАП, дата привлечения)

Өзіне қатысты іс қозғалған жеке тұлғаның не заңды тұлға өкілінің түсініктемесі
(Объяснение физического лица либо представителя юридического лица, в
отношении которого возбуждено дело/отказ от дачи объяснения)

Іс жүргізудің тілі (Язык производства)

ӘҚБтК 744, 810, 811-баптарында көзделген істі қозғау бойынша тұлғаның, сондай-
ақ басқа қатысушылардың құқықтары мен міндеттерін түсіндіру туралы белгі
(Отметка о разъяснении прав и обязанностей лицу, в отношении которого
возбуждено дело, а также другим участникам производства по делу,
предусмотренных статьями 744, 810, 811 КоАП)

Прокурор инвесторлар тізіліміне енгізген инвесторларға қатысты әкімшілік құқық бұзушылық туралы істі қозғау туралы шешімді келісу/бас тарту туралы белгі (Отметка о согласовании/отказе решения о возбуждении дела об административном правонарушении в отношении инвесторов, включенных в реестр инвесторов прокурором)

ӘҚБтК-ның 785-бабына сәйкес өндірісті қамтамасыз ету шараларын қолдану туралы белгі (Отметка о применении меры обеспечения производства в соответствии со статьей 785 КоАП):

Аудармашының, қорғаушының көмегін қажет ету немесе бас тарту белгісі (отметка о необходимости помощи переводчика, защитника или об отказе от такой помощи):

Істі шешу үшін қажетті өзге де мәліметтер, оның ішінде әкімшілік құқық бұзушылық туралы істің қаралатын уақыты мен орны көрсетіледі, сондай-ақ әкімшілік құқық бұзушылық жасау фактісін растайтын құжаттар қоса беріледі (Иные сведения, необходимые для разрешения дела, в том числе время и место рассмотрения дела об административном правонарушении, а также прилагаются документы, подтверждающие факт совершения административного правонарушения)

Іс қатысушыларын хаттамамен таныстыру (Ознакомление участников дела с протоколом):

Қорғаушы (Защитник) _____ Аудармашы (Переводчик) _____
қолы (подпись) қолы (подпись)

хаттаманың мазмұнымен таныстым / танысудан бас тарттым (с содержанием протокола (ознакомился /отказался ознакомиться))

хаттаманың көшірмесін (алдым / бас тарттым)(копию протокола (получил /отказался):

табыстау күні (дата вручения):

Мен көрсеткен байланыс деректері арқылы жіберілген хабарлама (мәлімдеме)
тиісті және жеткілікті деп есептеледі (уведомление (извещение), отправленное по
указанным мною контактными данным, считается надлежащим и достаточным)

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись)

Хаттаманы жіберу туралы белгі (Отметка о высылке
протокола) _____

күні, айы, жылы, түбіртек нөмірі (число, месяц, год, № квитанции)

Приложение 96
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
96-қосымша

Приложение 96
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы " ____ " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 096/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 096/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 _____ года № _____

Құқықтарды түсіндіру хаттамасы
Протокол разъяснения прав

20 _____ ж.(г.) _____

_____ қаласы (ауылы)

Мен (Я),

«Әкімшілік құқық бұзушылық туралы» Қазақстан Республикасының Кодексінің
(бұдан әрі – ӘҚБтК) 744 және 810- 811-баптарымен таныстырдым/ознакомила со

статьями 744, 810 и 811 Кодекса Республики Казахстан «Об административных правонарушениях» (далее - КоАП)

ӘҚБТК -ның 744-бабы. Өзіне қатысты әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша іс жүргізіліп жатқан тұлға

Өзіне қатысты әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша іс жүргізіліп жатқан тұлға хаттамамен және істің басқа да материалдарымен танысуға, түсініктемелер беруге, хаттаманың мазмұны мен ресімделуі жөнінде ескертулер жасауға, дәлелдемелер ұсынуға, өтінішхаттар, оның ішінде істі кешіктірмей қарау және әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қаулыны тез арада заңды күшіне енгізу туралы өтінішхаттар мен қарсылықтарды мәлімдеуге, қорғаушының заң көмегін пайдалануға, істі қарау кезінде ана тілінде немесе өзі білетін тілде сөйлеуге және егер іс жүргізіліп отырған тілді білмесе, аудармашы көрсеткен қызметтерді өтеусіз пайдалануға; іс бойынша іс жүргізуді қамтамасыз ету шараларының қолданылуы бойынша, нақты деректерге және мән-жайларға сәйкес келмейтін мәліметтер көрсетілген жағдайда, әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттаманы жасау кезінде заңның бұзылуына, ескерту немесе айыппұл төлеу қажеттігі туралы нұсқамаға және іс бойынша қаулыға шағыммен жүгінуге; істегі құжаттардан үзінді көшірме жасауға және олардың көшірмелерін түсіріп алуға, сондай-ақ өзіне осы ӘҚБТК-те берілген өзге де процестік құқықтарды пайдалануға құқылы.

Статья 744 КоАП. Лицо, в отношении которого ведется производство по делу об административном правонарушении

Лицо, в отношении которого ведется производство по делу об административном правонарушении, вправе знакомиться с протоколом и другими материалами дела, давать объяснения, делать замечания по содержанию и оформлению протокола, представлять доказательства, заявлять ходатайства, в том числе о незамедлительном рассмотрении дела и немедленном вступлении постановления по делу об административном правонарушении в законную силу, и отводы, пользоваться юридической помощью защитника, при рассмотрении дела выступать на родном языке или языке, которым владеет, и безвозмездно пользоваться услугами переводчика, если не владеет языком, на котором ведется

производство; обратиться с жалобой по применению мер обеспечения производства по делу, на нарушение закона при составлении протокола об административном правонарушении в случае указания сведений, не соответствующих фактическим данным и обстоятельствам, на предписание о предупреждении или необходимости уплаты штрафа и постановление по делу; делать выписки и снимать копии с имеющихся в деле документов, а также пользоваться иными процессуальными правами, предоставленными ему настоящим КоАП.

ӘҚБТК-ның 810-бабы. Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қысқартылған іс жүргізудің негіздері

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы істер бойынша, оның ішінде 44-баптың бірінші бөлігінің бірінші абзацына сәйкес айыппұл түрінде әкімшілік жаза көзделген соттың ведомстволық бағыныстылығына жатқызылған, сондай-ақ оның жасалу фактісін мойындайтын және айыппұлды осы Кодекстің Ерекше бөлімінің бабындағы санкцияда көрсетілгеннен елу пайызы мөлшерінде төлеуге келіскен және ұсынылған дәлелдемелерге шағым жасамайтын, оны жасаған адам анықталған істер бойынша қысқартылған іс жүргізу жүзеге асырылады.

Статья 810 КоАП. Основания сокращенного производства по делу об административном правонарушении

Сокращенное производство осуществляется по делам об административных правонарушениях, в том числе по делам, отнесенным к подведомственности суда, за которое предусмотрено административное взыскание в виде штрафа согласно абзацу первому части первой статьи 44, а также установлено совершившее его лицо, которое признает факт его совершения и согласно с уплатой штрафа в размере пятидесяти процентов от указанной в санкции статьи Особенной части настоящего Кодекса и не обжалует представленные доказательства.

ӘҚБК-ның 811-бабы. Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қысқартылған іс жүргізу тәртібі

1. Әкімшілік құқық бұзушылық анықталған және оны жасаған тұлға белгілі болған кезде осы ӘҚБТК-нің 804 немесе 805-баптарында аталған уәкілетті адам әкімшілік іс жүргізуді қозғайды, тұлғаға айыппұлды осы Кодекстің Ерекше бөлігі бабының санкциясында көрсетілген айыппұл сомасының елу пайызы мөлшерінде

жеті тәулік ішінде төлеу құқығын түсіндіреді және қажет болған жағдайда белгіленген үлгідегі түбіртектегі табыс етеді.

Егер әкімшілік құқық бұзушылық осы Кодекстің 31-бабына сәйкес автоматты режимде анықталса немесе тіркелсе, адамның ескерту немесе белгіленген үлгідегі түбіртекпен бірге айыппұл төлеу қажеттігі туралы нұсқама тиісінше жеткізілген кезден бастап жеті тәулік ішінде көрсетілген айыппұл сомасының елу пайызы мөлшерінде айыппұл төлеуге құқығы бар.

2. Айыппұлды көрсетілген айыппұл сомасының елу пайызы мөлшерінде жеті тәулік ішінде төлеген жағдайда іс мәні бойынша қаралды, шешім заңды күшіне енді, ал адам әкімшілік жауаптылыққа тартылды деп есептеледі.

Осы Кодекстің 47-тарауында көзделген жағдайларды қоспағанда, осы тараудың қағидалары бойынша қаралған іс қайта қаралуға жатпайды.

3. Осы баптың бірінші бөлігінде көзделген құқық пайдаланылмаған немесе тиісінше пайдаланылмаған жағдайда әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша іс жүргізу жалпы тәртіппен жүзеге асырылады.

4. Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қысқартылған іс жүргізу тәртібі тиісінше қолданылмаған жағдайда, осы тараудың қағидалары бойынша қаралған істер қысқартылған іс жүргізуді қолдану туралы шешім қабылданған күннен бастап бір жыл ішінде прокурордың наразылығы бойынша жалпы тәртіппен қайта қаралуы мүмкін.

Статья 811 КоАП. Порядок сокращенного производства по делу об административном правонарушении

1. При обнаружении административного правонарушения и установлении совершившего его лица уполномоченное лицо, указанное в статьях 804 или 805 настоящего Кодекса, возбуждает административное производство, разъясняет лицу право оплаты штрафа в размере пятидесяти процентов от указанной в санкции статьи Особенной части настоящего Кодекса суммы штрафа в течение семи суток и при необходимости вручает квитанцию установленного образца.

Если административное правонарушение обнаружено или зафиксировано в автоматическом режиме в соответствии со статьей 31 настоящего Кодекса, лицо имеет право оплаты штрафа в размере пятидесяти процентов от указанной суммы штрафа в течение семи суток с момента надлежащего доставления предписания о

предупреждении или необходимости уплаты штрафа с квитанцией
установленного образца.

2. В случае оплаты штрафа в размере пятидесяти процентов от указанной
суммы штрафа в течение семи суток дело считается рассмотренным по существу,
решение – вступившим в законную силу, а лицо – привлеченным к
административной ответственности.

Пересмотру не подлежат дела, рассмотренные по правилам настоящей
главы, за исключением случаев, предусмотренных главой 47 настоящего Кодекса.

3. В случае неиспользования или ненадлежащего использования права,
предусмотренного частью первой настоящей статьи, производство по делу об
административном правонарушении осуществляется в общем порядке.

4. В случае ненадлежащего применения порядка сокращенного
производства по делу об административном правонарушении дела,
рассмотренные по правилам настоящей главы, могут быть пересмотрены по
протесту прокурора в общем порядке в течение года со дня принятия решения о
применении сокращенного производства.

Мәлімдемелер жасау, түсініктемелер мен айғақтар беру, өтінішхаттар мәлімдеуге,
шағымдар жасау, іс материалдарымен танысу, оны қарау кезінде сөз сөйлеу
(желаю давать объяснения и показания, заявлять ходатайства, приносить жалобы,
знакомиться с материалами дела, выступать при его рассмотрении на)
_____ тілінде беремін (языке).

Аудармашының көмегін (в услугах переводчика) _____
кажет етемін, кажет етпеймін (нуждаюсь, не нуждаюсь)

Қорғаушының көмегін (в юридической помощи защитника)
_____кажет етемін, кажет етпеймін (нуждаюсь, не нуждаюсь)

ӘҚБтК 744 және 810, 811-баптарына сәйкес құқықтар түсіндірілді (Согласно ст.
744 и 810, 811 КоАП права мне разъяснены) _____ қолы (подпись)

Құқықтарды түсіндіру хаттамасын жарияладым (с протоколом разъяснения прав
ознакомил(а))

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы (Ф.И.О. (при его наличии), должность,
подпись)

Приложение 97
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
97-қосымша

Приложение 97
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 097/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 097/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Адамдарды жұмыстан уақытша шеттету жөнінде жедел ден қою шараларын
қолдану туралы
бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің
№ _____ қаулысы**

Постановление

главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о временном отстранении лиц от работы № _____

" ____ " _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт)

Бақылау және қадағалау органының атауы

(Наименование органа контроля и надзора)

Әкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері
немесе оның орынбасары

(Главный государственный санитарный врач административно-территориальной
единицы (на транспорте) или его заместитель)

(керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (ол
болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Жедел ден қою шаралары мәніне жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге асыру
және (немесе) нәтижелерінің материалдарын 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

Мөр орны
Место печати

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)
Ф.И.О. (при его наличии)

Руководитель государственного органа в
сфере санитарно-эпидемиологического
благополучия населения

Қаулы _____ данада жасалды.

Постановление составлено в ____ экземплярах.

Приложение 98
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
98-қосымша

Приложение 98
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « _____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 098/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 098/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

**Инфекциялық және паразиттік аурулармен ауыратын науқаспен тығыз
байланыста болған адамдарды
жұмыстан (оқудан) уақытша шеттету туралы
№ _____ қаулы Постановление о временном отстранении от работы
(учебы) лиц состоявших
в близком контакте с инфекционным и паразитарным больным
№ _____**

20 ____ жылғы (года) " ____ " ____ (город) ____ каласы

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).

Приложение 99
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
99-қосымша

Приложение 99
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 099/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 099/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 _____ года № _____

**Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру,
өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау жөніндегі қызметін немесе
оның жекелеген түрлерін (процестерін, іс-әрекеттерін) тоқтата тұру туралы
жедел ден қою шарасын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық
дәрігердің қаулысы**

Постановление

**главного государственного санитарного врача о применении меры
оперативного реагирования о приостановлении деятельности по**

производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действий)

« ____ » _____ жыл (года) Елді мекен (населенный пункт) ____

Әкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель)

(керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)
(фамилия, имя, отчество (при его наличии))

ұсынылған материалдар мен мәліметтерді қарап (рассмотрев представленные материалы и сведения):

қызметі тоқтатыла тұрған тұлға туралы мәліметтер: жеке кәсіпкер немесе заңды тұлға (қажетінің астын сызу) (сведения о лице, чья деятельность приостанавливается: индивидуального предпринимателя или юридического лица (нужное подчеркнуть))

жеке кәсіпкердің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии)) индивидуального предпринимателя)

мемлекеттік тіркеу куәлігінің № және берілген күні (№ и дата выдачи свидетельства государственной регистрации)

Туған күні (Дата рождения)

Тұрғылықты жері (Место жительства)

жеке басын куәландыратын құжаттың атауы және деректемелері (наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность)

жеке сәйкестендіру нөмірі (индивидуальный идентификационный номер)

тұрғылықты жері бойынша тіркеу туралы мәліметтер (сведения о регистрации по месту жительства)

Жұмыс орны, атқаратын лауазымы, ұйымның мекенжайы (Место работы, занимаемая должность, адрес организации)

Занды 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)

занды тұлға ретінде мемлекеттік тіркеу нөмірі (номер государственной регистрации в качестве юридического лица)

Бизнес сәйкестендіру нөмірі және банк деректемелері (Бизнес идентификационный номер и банковские реквизиты)

Жедел ден қою шаралары нысанасына жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге асыру материалдары және (немесе) нәтижелері (бар болса) (материалы осуществления и (или) результатов государственного контроля, относящиеся к предмету меры оперативного реагирования (при наличии))

техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық

сараптама нәтижелері және өзге де материалдар (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

мыналар (установил, что в ходе) _____ барысында

бақылау нысаны (форма контроля)

лауазымды тұлға (должностным лицом) _____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

мыналарды анықтады (выявлено следующее): _____

бұзушылықтың(тардың) анықталған күні (дата выявления нарушения (й))

жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабы 1-тармағының 1) тармақшасы, 38-бабы 2-тармағының 4) тармақшасы негізінде ҚАУЛЫ ЕТТІ (На основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения») ПОСТАНОВИЛ:

(ПРИОСТАНОВИТЬ с) 20 ____ жылғы (года) « ____ » _____ бастап (до) 20 ____ жылғы (года) « ____ » _____ дейін

Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша тоқтатыла тұратын қызмет түрін немесе оның жекелеген түрлерін (процестер, іс-әрекеттерін) көрсету (указать вид приостанавливаемой деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действий))

ТОҚТАТЫЛА ТҰРСЫН.

Осы қаулының орындалуы үшін жауапкершілік мыналарға жүктеледі
(Ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на):

бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), толық атауы (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)

Анықталған бұзушылықтарды жою жөніндегі нұсқаулар (Указания по
устранению выявленных нарушений): _____

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер
(Сведения о получении постановления о применении меры оперативного
реагирования) _____

Күні және бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның
өкілінің қолы (Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его
представителя)

Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел
ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алудан бас тартты (Руководитель
субъекта контроля и надзора или его представитель отказался от получения
постановления о применении меры оперативного реагирования)

лауазымды адамның қолы және тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)
(подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды
адам (Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры
оперативного реагирования) _____

қолы және тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (подпись и фамилия,
имя, отчество (при его наличии))

Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) жедел ден қою шараларн
қолдану туралы қаулыны алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс

(Постановление о применении меры оперативного реагирования подлежит исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента получения постановления).

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық

саламаттылығы саласындағы мемлекеттік

органның басшысы

Мөр орны

Т.А.Ә. (ол болған
жағдайда)

Руководитель государственного органа

в сфере санитарно-эпидемиологического

благополучия населения

Место печати

Ф.И.О. (при его
наличии)

Қаулы ____ данада жасалды

Постановление составлено в ____ экземплярах.

Приложение 100
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
100-қосымша

Приложение 100
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 100/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 100/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Санитариялық-эпидемияға қарсы (қорытынды дезинфекциялау) және
санитариялық-
профилактикалық іс-шараларды жүргізу туралы
№ _____ қаулы**

Мемлекеттік мекеме атауы /государственное учреждение):

Оқу/жұмыс орыны/ место учебы/работы: _____

Диагноз: _____

Ауруханаға жатқызылды/ госпитализирован: _____

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабының 2-тармағының 3) тармақшасы негізінде (На основании подпункта 3 пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения») ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (ПОСТАНОВЛЯЮ):

_____ мына
іс-шаралар

орындалсын: (выполнить следующие мероприятия)

Осы қаулыны орындау туралы ақпарат (Информацию о выполнении
настоящего постановления представить в)

_____ (к) 20__ жылғы (года) «__»

_____ ұсынылсын.

Мөр орны Бас мемлекеттік санитариялық дәрігер (орынбасары)

_____ (тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы)

Место печати Главный государственный санитарный врач (заместитель)

_____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)

Қаулыны алдым (Постановление получил)

атқаратын лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), алған күні, қолы
(занимаемая должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата
получения,
подпись)

Қаулы ____ данада толтырылды (Постановление составлено в _____ экземплярах).

Приложение 101
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
101-қосымша

Приложение 101
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 101/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 101/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай
профилактикалық бақылау нәтижелері
бойынша анықталған бұзушылықтарды жою туралы ұсыным
Рекомендация об устранении нарушений, выявленных по результатам
профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля и
надзора**

20__ жылы «__» _____ № _____ «__» _____ 20__ года № _____

(мемлекеттік органның атауы/наименование государственного органа)

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Кодексінің 44-бабы 4-тармағына сәйкес Сізді хабардар етеді (В соответствии с пунктом 4 статьи 44 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» уведомляет Вас)

(бақылау және қадағалау субъектісінің атауы, жеке сәйкестендіру нөмірі/бизнес-сәйкестендіру нөмірі/наименование, индивидуальный идентификационный номер /бизнес-идентификационный номер, субъекта (объекта) контроля и надзора)

Объектінің орналасқан жері (Место нахождение объекта):

(индексі, облыс, қала, мекенжайы/индекс, область, город, адрес) бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы профилактикалық бақылау нәтижелері бойынша (по результатам профилактического контроля в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения без посещения субъекта (объекта) контроля и надзора) мынадай бұзушылық (бұзушылықтар) анықталды (установлено (установлены) следующее (следующие) нарушение (нарушения)):

р /с № № (п /п)	Нормативтік құқықтық актілердің бұзылған баптарына, тармақтарына, тармақшаларына сілтеме жасай отырып, бұзушылық сипатының сипаттамасы (Описание характера нарушения, со ссылкой на статьи, пункты и подпункты нормативных правовых актов, положения которых нарушены)	Бұзушылықтарды растайтын құжаттардың деректемелері мен атаулары (Реквизиты и наименования документов, подтверждающих нарушения)
--------------------------------	---	--

(Бұзушылықтың әрбір фактісі жеке тармақпен белгіленеді және нормативтік құқықтық 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).

Приложение 102
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
102-қосымша

Приложение 102
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 102/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 102/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы Қазақстан
Республикасының
Бас мемлекеттік санитариялық дәрігерінің қаулысы
Постановление
Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан
о введении временных санитарных мер**

« ____ » _____ жыл (года)

Елді мекен (населенный пункт) _____

Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора) _____

Әкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель)

(керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

(нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

мемлекеттік бақылауды жүзеге асырудың және (немесе) нәтижелерінің ұсынылған материалдарын қарап (рассмотрев представленные материалы осуществления и (или) результатов государственного контроля)

техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері, тиісті халықаралық ұйымдардан, Еуразиялық экономикалық одаққа мүше мемлекеттерден немесе үшінші елдерден мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау мен қадағалаудың бақылауындағы өнімнің (тауарлардың) Еуразиялық экономикалық одақтың кедендік аумағына әкелінуіне және адам өмірі, денсаулығы және оның мекендеу ортасы үшін қауіпті айналымына жол бермеу жөніндегі қолданылатын санитариялық шаралар туралы ақпарат және өзге де материалдар (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы, информация от соответствующих международных организаций, государств – членов Евразийского экономического союза или третьих стран о применяемых санитарных мерах по недопущению ввоза на таможенную территорию Евразийского экономического союза и оборота опасной для жизни, здоровья человека и среды его обитания подконтрольной государственному санитарно-эпидемиологическому контролю и надзору продукции (товаров) и иные материалы)

(установил, что в ходе) _____ барысында

бақылау нысаны (форма контроля)

лауазымды тұлға (должностным лицом) _____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

мыналарды анықтады (выявлено следующее): _____

бұзушылықтың(тардың) анықталған күні (дата выявления нарушения (й))

_____ хал

санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабы 1-тармағының 15) тармақшасы, 38-бабы 2-тармағының 5) тармақшасы негізінде ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (На основании подпункта 15) пункта 1 статьи 38, подпункта 5) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» ПОСТАНОВЛЯЮ):

техникалық регламенттердің және (немесе) Еуразиялық экономикалық одақтың бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін өнімді (тауарды) (запретить ввоз продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям технических регламентов и (или) единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза)

Өнімнің атауы, өндіруші, СЭҚ ТН коды, өзге де сәйкестендіру деректері (наименование продукции, производитель, код ТНВЭД, иные идентификационные данные)

әкелуге тыйым салынсын, сондай-ақ келесі іс-шаралар жүзеге асырылсын (а также осуществить следующие мероприятия):

Мемлекеттік бақылау мен қадағалауды жүргізген адамның (адамдардың) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) және лауазымы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность лица (лиц), проводившего государственный контроль и надзор):

Уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо, оформившее постановление о введении временных санитарных мер)

(қолы және тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы қаулыны алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс.

Постановление о введении временных санитарных мер подлежит исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента получения постановления.

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы

Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Мөр орны

Место печати

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)

Ф.И.О. (при его наличии)

Қаулы ____ данада жасалды

Постановление составлено в ____ экземплярах.

Приложение 103
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
103-қосымша

Приложение 103
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 103/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 103/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Бақылау мен қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру,
қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау жөніндегі қызметіне немесе оның
жекелеген түрлеріне (процестеріне, іс-әрекеттеріне) тыйым салу туралы
жедел ден қою шарасын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық
дәрігердің қаулысы**
Постановление
главного государственного санитарного врача о применении меры

**оперативного реагирования о запрещении деятельности по производству
продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта)
контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия)**

« ____ » _____ жыл (года)

Елді мекен (населенный пункт) _____

Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля
и надзора)

Әкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері
немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач
административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель)

керегінің астын сызыңыз (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (ол
болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии) (нужное
подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии)

ұсынылған материалдар мен мәліметтерді қарап (рассмотрев
представленные материалы и сведения):

қызметіне тыйым салынған адам туралы мәліметтер: жеке кәсіпкер немесе
занды 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)

Занды 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)

(занды тұлға ретінде мемлекеттік тіркеу нөмірі) (номер государственной
регистрации в качестве юридического лица)

(Бизнес сәйкестендіру нөмірі және банк деректемелері) (Бизнес
идентификационный номер и банковские реквизиты)

жедел ден қою шаралары нысанасына жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге
асыру материалдары және (немесе) нәжелері (бар болса) (материалы
осуществления и или (результаты) государственного контроля, относящиеся к
предмету меры оперативного реагирования (при наличии))

(техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото
және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық
сараптама нәтижелері және өзге де материалдар) (записи технических средств
контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры,
результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

(установил, что в ходе) _____

бақылау нысаны (форма контроля)

барысында

лауазымды тұлға (должностным лицом) _____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

мыналарды анықтады (выявлено следующее)

бұзушылықтың(тардың) анықталған күні (дата выявления нарушения (й)

жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабы 1-тармағының 1) тармақшасы, 38-бабы 2-тармағының 4) тармақшасы негізінде ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (На основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» ПОСТАНОВЛЯЮ):

(ПРИОСТАНОВИТЬ с) 20__ жылғы (года) «__» _____ бастап (до) 20__ жылғы (года) «__» _____ дейін

тыйым салынған қызмет түрін немесе оның жекелеген түрлерін көрсету (процестер, іс-қимылдар) (указать вид запрещаемой деятельности по производству, продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия)

ТОҚТАТЫЛА ТҰРСЫН,

сондай-ақ мынадай іс-шаралар орындалсын (а также выполнить следующие мероприятия):

Осы қаулының орындалуы туралы ақпарат (Информацию о выполнении настоящего постановления представить в) _____

(мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)

(представить к) «___» _____ жылы (года) ұсынылсын.

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного реагирования) _____

қолы және тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс.

Постановление о применении меры оперативного реагирования подлежит исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента получения постановления.

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы

Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Мөр орны

Место печати

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)

Ф.И.О. при его наличии)

Қаулы _____ данада жасалды

Постановление составлено в _____ экземплярах.

Приложение 104
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
104-қосымша

Приложение 104
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 104/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 104/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің
талаптарына және (немесе)
Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына
сәйкес келмейтін өнімді
(тауарды) өткізуден алып қою және кері қайтарып алу туралы жедел ден қою
шарасын қолдану**

туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің
№ _____ қаулысы
Постановление
главного государственного санитарного врача о применении меры
оперативного реагирования
об изъятии и отзыве с реализации продукции (товара), не соответствующей
(не соответствующего)
требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-
эпидемиологическим
и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза
№ _____

« ____ » _____ жыл (года)

уақыты (время)

Елді мекен (населенный пункт) _____

Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора) _____

Өкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель)

керегінің астын сызыңыз (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

жедел ден қою шаралары нысанасына жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге асырудың және (немесе) нәтижелерінің ұсынылған материалдарын қарап (бар болса) (рассмотрев представленные материалы осуществления и (или) результатов государственного контроля, относящиеся к предмету меры оперативного реагирования (при наличии))

техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото - және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері және өзге де материалдар (записи технических средств

контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

(установил, что в ходе) _____ барысында

бақылау нысаны (форма контроля)

лауазымды тұлға (должностным лицом) _____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

мыналарды анықтады (выявлено следующее): _____

бұзушылықтың(тардың) анықталған күні (дата выявления нарушения (й))

жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабы 1-тармағының 1) тармақшасы, 38-бабы 2-тармағының 4) тармақшасы негізінде ҚАУЛЫ ЕТЕМІН:

На основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» ПОСТАНОВЛЯЮ:

осы қаулыны алған сәттен бастап дереу техникалық регламенттердің және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарға және Еуразиялық экономикалық одақтың талаптарына сәйкес келмейтін мынадай өнім (тауар) өткізуден алып қойылсын және кері қайтарып алынсын (незамедлительно с момента получения настоящего постановления изъять и отозвать с реализации следующую (следующий) продукцию (товар), не соответствующую (не соответствующий) требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям и Евразийского экономического союза):

--	--	--	--

№	Өнімнің атауы (Наименование продукции)	Өндіруші, өнім өндіретін ел (Производитель, стра- на изготовления продукции)	Партия нөмірі (Номер партии)	Алып қойылатын және кері қайтарып алынатын өнімнің саны (Количество изымаемой и отзываеомой 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 жағдайда), толық атауы (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования)

Бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің қолы мен күні (Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его представителя)

Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алудан бас тартты (Руководитель субъекта контроля и надзора или его представитель отказался от получения постановления о применении меры оперативного реагирования)

лауазымды адамның қолы және тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного реагирования)

қолы және тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы

Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Мөр орны

Место печати

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)

Ф.И.О. при его наличии)

Қаулы ____ данада жасалды

Постановление составлено в ____ экземплярах.

Приложение 105
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
105-қосымша

Приложение 105
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

—
Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 105/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 105/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Адамдарды емдеуге жатқызуға жіберуді ұйымдастыру туралы
жедел ден қою шарасын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық
дәрігердің қаулысы
Постановление**

**главного государственного санитарного врача о применении меры
оперативного реагирования об
организации направления лиц на госпитализацию**

« ____ » _____ жыл (года)

Елді мекен (населенный пункт) ____

Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора)

Әкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель)

(қажетінің астын сызу керек) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Жедел ден қою шаралары нысанасына жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге асырудың және (немесе) нәтижелерінің ұсынылған материалдарын қарап (бар болса) (рассмотрев представленные материалы осуществления и (или) результаты государственного контроля, относящиеся к предмету меры оперативного реагирования (при наличии))

(техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото - және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері және өзге де материалдар) (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

(установил, что в ходе) _____ барысында
бақылау нысаны (форма контроля)

лауазымды тұлға (должностным лицом)

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

мыналарды анықтады (выявлено следующее): _____
бұзушылықтың(тардың) анықталған күні (дата выявления нарушения (й))

жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабы 1-тармағының 1) тармақшасы, 38-бабы 2-тармағының 4) тармақшасы негізінде ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (На основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» ПОСТАНОВЛЯЮ):

(в срок до) «__» _____ жылға (года) дейінгі мерзімде мына адамдарды ауруханаға жатқызуға жіберу ұйымдастырылсын (организовать направление следующих лиц на госпитализацию)

№	Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество) (при его наличии)	Туған күні (Дата рождения)	Жынысы (Пол)	Диагнозы (Диагноз)	Қайда жіберіледі (Направляется в)
1	2	3	4	5	6

Осы қаулының орындалуы туралы ақпарат (Информацию о выполнении настоящего постановления представить в) _____

_____ мемлекеттік органның атауы (наименование государственного органа)

(к) «__» _____ жылы (года) ұсынылсын.

Осы қаулының орындалуы үшін жауапкершілік мыналарға жүктеледі (Ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на):

_____ бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), толық атауы (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер
(Сведения о получении постановления о применении меры оперативного
реагирования) _____

Бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің қолы мен
күні (Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его
представителя)

Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел
ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алудан бас тартты (Руководитель
субъекта контроля и надзора или его представитель отказался от получения
постановления о применении меры оперативного реагирования)

лауазымды адамның қолы және тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)
(подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды
адам (Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры
оперативного реагирования) _____

тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) және қолы (подпись и фамилия,
имя, отчество (при его наличии))

Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) жедел ден қою шарасын
қолдану туралы қаулыны алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс
(Постановление о применении меры оперативного реагирования подлежит
исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с
момента получения постановления).

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган-
ның басшысы

Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического
благополучия населения

Мөр орны
Место пе-
чати

Т.А.Ә. (ол болған
жағдайда)
Ф.И.О. (при его на-
личии)

Қаулы ____ данада жасалды

Постановление составлено в ____ экземплярах.

Приложение 106
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы " ____ " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 106/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 106/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 _____ года № _____

№ _____ әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қаулы
Постановление по делу об административном правонарушении № _____

20 ____ ж. (г.) « ____ » _____

қарау орны (место рассмотрения)

Мемлекеттік органның атауы (Наименование государственного органа)

Лауазымды тұлға - халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы, оның орынбасары, аумақтық бөлімшелерінің басшысы мен оның орынбасары (Должностное лицо - руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, его заместитель, руководитель территориального подразделения, его заместитель)

тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Істі қарау күні және орны (дата и место рассмотрения дела)

Өзіне қатысты іс қаралған тұлға туралы мәліметтер (сведения о лице, в отношении которого рассмотрено дело):

Жеке тұлғалар үшін (для физических лиц):

тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))_____

туған күні (дата рождения)

тіркелген жері (место жительства)

Жеке басын куәландыратын құжаттың атауы және деректемелері (наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность)

идентификационный

номер_____

Мекенжайы бойынша тіркеу туралы мәлімет (сведения о регистрации по месту жительства)

Жұмыс орны, атқаратын қызметі, ұйымның атауы (место работы, занимаемая должность, адрес организации)

Заңды тұлғалар үшін (для юридических лиц):

атауы (наименование) _____

ұйымдық-құқықтық нысаны (организационно-правовая форма)

орналасқан жері (место нахождения) _____

заңды тұлға ретіндегі мемлекеттік тіркеу нөмірі және күні (номер и дата государственной регистрации в качестве юридического лица)

бизнес-сәйкестендіру нөмірі және банктік деректемелер (идентификационный номер и банковские реквизиты) _____

Қаралған іс бойынша өндіріс тілі (язык производства по рассматриваемому делу)

АНЫҚТАДЫ (УСТАНОВИЛ):

Істі қарау кезінде анықталған мән-жайлар/обстоятельства, установленные при рассмотрении дела _____

әкімшілік құқық бұзушылық үшін жауапкершілік көзделетін, істі қарау кезінде жасалған әкімшілік құқық бұзушылық, айыпталушының жеке басы, оның ішінде айыпталғанға дейінгі және кейінгі мінез-құлқы, мүліктік жағдайы, жауапкершілікті жеңілдететін және ауырлататын жағдай белгіленген ӘҚБтК бабы (статья КоАП, предусматривающая ответственность за административное правонарушение обстоятельства, установленные при рассмотрении дела, характер совершенного административного правонарушения, личность виновного, в том числе его поведение до и после совершения правонарушения, имущественное положение, обстоятельства смягчающие и отягчающие ответственность)

Жоғарыда көрсетілген негізде және ӘҚБтК-нің 701, 818, 821, 822, 823-баптарын басшылыққа ала отырып (На основании вышеизложенного и руководствуясь статьями 701, 818, 821, 822, 823 КоАП), ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (ПОСТАНОВИЛ):

ӘҚБтК ____ бабының ____ бөлігі бойынша (АЕК/көлемде) әкімшілік жаза қолдану (Наложить административное взыскание по части ____ статьи ____ КоАП (в размере МРП) _____ жазу үлгісінде (прописью)/ іс бойынша іс жүргізуді тоқтату (прекратить производство по делу)

керектінің астын сызыңыз (нужное подчеркнуть)

В

отношении _____ қа

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).

ӨҚБтК-нің 893-бабында көрсетілген айыппұлды мерзімінде төлемеген жағдайда ӨҚБтК-нің 894-895-бабы негізінде материал жеке сот орындаушыларының өңірлік палатасына мәжбүрлі орындау үшін жіберілетін болады (В случае неуплаты штрафа в указанный статьей 893 КоАП срок, на основании статей 894 и 895 КоАП материал будет направлен в региональную палату частных судебных исполнителей для принудительного исполнения).

Лауазымды тұлға- халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы, оның орынбасары, аумақтық бөлімшелерінің басшысы мен оның орынбасары (керектінің астын сызыңыз) (Должностное лицо - руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, его заместитель, руководитель территориального подразделения, его заместитель (нужное подчеркнуть))

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы Ф.И.О. (при его наличии) подпись)

Каулыны алдым (Постановление получил (а)) _____

атқаратын лауазымы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), алған күні, қолы,(занимаемая
должность, Ф.И.О. (при его наличии), дата получения, подпись)

Қаулыны жіберу туралы белгі (Отметка о высылке постановления)

күні, айы, жылы, түбіртек нөмірі (число, месяц, год, № квитанции) Айыппұл
төлеу деректемелері (Реквизиты оплаты штрафа):

Приложение 107
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
107-қосымша

Приложение 107
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №107/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 107/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**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 қабылдансын

(Принять следующие меры по устранению нарушений законности, а также причин

и условий, способствующих совершению административных правонарушений

субъектами (объектами) контроля и надзора в сфере санитарно-эпидемиологического

благополучия населения):

1)

2)

3)

2. Осы жеке ұсынуды алған күннен бастап бір ай ішінде қарау және ұсыну енгізген

органға (лауазымды адамға) қабылданған шаралар туралы хабарлау
(Рассмотреть настоящее частное представление в течение месяца со дня его
получения и сообщить о принятых мерах органу (должностному лицу),
внесшему
представление).

Ескертпе (Примечание): "Әкімшілік құқық бұзушылық туралы" Қазақстан
Республикасы Кодексінің 826-бабы 1-бөлігіне сәйкес осы жеке ұсынуды алған
күннен бастап он тәулік ішінде жоғары

тұрған органға (лауазымды адамға) шағым жасалуы мүмкін. Ұсынуға
шағымды қарау

нәтижесі бойынша шығарылған жоғары тұрған органның шешіміне
мамандандырылған аудандық және әкімшілік құқық бұзушылық жөніндегі
оған

теңестірілген сотқа оны алған күннен бастап он тәулік ішінде шағым
жасалуы мүмкін,

оның шешімі шағымдануға жатпайды

(Настоящее частное представление может быть обжаловано в течение
десяти суток

со дня его получения в вышестоящий орган (должностному лицу) в
соответствии

с частью 1 статьи 826 Кодекса Республики Казахстан "Об
административных

правонарушениях". Решение вышестоящего органа, вынесенное по результатам

рассмотрения жалобы на представление, может быть обжаловано
в специализированный районный и приравненный к нему суд по
административным

правонарушениям в течение десяти суток со дня его получения, решение
которого

обжалованию не подлежит).

Лауазымы
Должность

Қолы
подпись

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда)
Ф.И.О. (при его наличии)

Приложение 108
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №108/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 108/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от « ____ » _____ 20 ____ года № ____

Уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы Қазақстан Республикасы
Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналы
Журнал регистрации постановлений Главного государственного
санитарного врача
Республики Казахстан о введении временных санитарных мер

Басталды (Начат) " ____ " _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) " ____ " ____ ж. (г.)

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін (сәйкес келмейтін) өнімнің (тауардың) атауы (Наименование продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям технических регламентов и (или) единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза)	Өнімнің атауы, өндіруші, сыртқы экономикалық қызметтің тауар номенклатурасының коды, 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

Приложение 109
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
109-қосымша

Приложение 109
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №109/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 109/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау жөніндегі қызметіне немесе оның жекелеген түрлеріне (процестеріне, іс-әрекеттеріне) тыйым салу туралы жедел ден қою шараларын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналы

Журнал регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о запрещении

деятельности по производству продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия)

Басталды (Начат) " ____ " _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) " ____ " _____ ж. (г.)

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмірі (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) мекенжайы, орналасқан жері (Адрес, место нахождения субъекта (объекта) контроля и надзора)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) немесе оның жекелеген түрлерінің (процестер, іс-әрекеттер) өндірісі, өнімі (тауары), қызметтер көрсетуі, жұмыстарын орындауы бойынша тыйым салынатын қызметтің түрі (Вид запрещаемой деятельности по производству, продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия))	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулының қолданылу мәртебесі (Статус действия постановления о применении меры оперативно-го реагирования)	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі аты әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия имя отчество (при его наличии) должностного лица, оформившего постановление о применении меры оперативного реагирования)
1	2	3	4	5	6	7

Приложение 110
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
110-қосымша

Приложение 110
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №110/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 110/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Санитариялық-эпидемияға қарсы (қорытынды дезинфекциялау) және
санитариялық-профилактикалық іс-шараларды жүргізу туралы бас
мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналы**

**Журнал регистрации постановлений главного государственного санитарного
врача о проведении санитарно-противоэпидемических (заключительных
дезинфекционных) и санитарно-профилактических мероприятий**

Басталуы (Начат) «_____» _____ 20____ ж.(Г)

Аяқталуы (Окончен) «_____» _____ 20____ ж. (Г.)

Тіркеу нөмірі (Регис- тра ци- онный номер)	Қаулы шы- ғарылған күн (Дата выне- сения по- становле- ния)	Қаулы шығаруға негіз болған құ- жаттардың атауы және НҚА норма- лары (Наименование документов и нор- мы НПА, на основании которых вы- несено постановление)	Аумақтың толық атауы (Полное на- именование территории)	Мекен- жайы, ор- наласқан жері (Адрес, место на- хождение)	Қаулыны орындау мерзімі (Сроки ис- полнения постановле- ния)	Есепке алу-есеп беру құжаттама- сын сақтау мерзімі (Сроки хранения учетно-отчетной документации)
1	2	3	4	5	6	7

Приложение 111
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
111-қосымша

Приложение 111
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №111/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 111/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Бақылау мен қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай профилактикалық
бақылауды тіркеу журналы**

**Журнал регистрации профилактического контроля без посещения субъекта
(объекта) контроля и надзора**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

№ №	Бар- май про- фи- лак- тика- лық ба- қы- лау жүр- гізіл- ген күн (Да- та про- веде- ния проф. кон- тро- ля без посе- ще- ния)	Субь- екті- нің (обь- екті- нің) ата- уы, оның орна- лас- қан орны, БСН /ЖСН (На- име- нова- ние субь- екта (обь- екта), ме- стона- хож- де- ние, БИН /ИИН)	Мен- шік ны- саны (мемле- кеттік, жеке- меншік (микро, шағын, орта, ірі)) (Форма соб- ствен- ности (госу- дар- ствен- ная, частная (микро, малый, сред- ний, круп- ный))	Бармай профилактикалық бақылаудың атауы (Наименование проф.контроля без посещения)			
				Өндірістік объектілерде (өнеркәсіптік және радиациялық гигиена объектілері) жүргізілген өндірістік бақылау нәтижесі туралы ақпараттың болмауы не уақтылы ұсынылмауы (Отсутствие либо несвоевременное представление информации о результатах проведенного производственного контроля на производственных объектах (объекты промышленной и радиационной гигиены)	Бақылау субъектілеріне (объектілеріне) бармай жүргізілген профилактикалық бақылау шеңберінде берілген ұсынымдардың орындалуы бойынша ақпарат ұсынбау (Непредставление информации по исполнению рекомендации, выданной в рамках проведенного профилактического контроля без посещения субъектов (объектов) контроля)	Сыртқы экономикалық қызметке қатысушылардың өнімді (тауарларды) әкелу және сәйкестігін декларациялау жөніндегі талаптарды бұзуы (Нарушение участниками внешней экономической деятельности требований по ввозу и декларированию соответствия продукции (товаров))	«Рұқсаттар және хабарламалар туралы» ҚР Заңына сәйкес көзделген халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласында рұқсаттың/ хабарламаның болмауы (Отсутствие разрешения/ уведомления в сфере санитарно-эпидемиологического 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)				Жиын- тық балл (Бал- лы в сум- ме)	Ұсы- ным- ның нө- мі- рі, бері- лген күні (Но- мер и да- та вы- да- чи ре- ко- ко)	Бармай профи- лактика- лық ба- қылау жүргіз- ген ма- манның (-дар- дын) Т. А.Ә. (ол болған жағдай- да), лау- азымы, колы (Ф.И.О. (при его нали-
Білім беру, тәрбиелеу объектілерінің толымдылығының артуы (Превышение наполняемости объек- тов обра- зования, воспита- ния)	Топтық инфекциялық аурулар мен уланулардың, оның ішінде тамақтан уланулардың, кәсіптік аурулар мен уланулардың тіркелу жағдайлары (Случаи регистрации групповых инфекцион- ных заболеваний и отравлений, в том чис- ле пищевых, профес- сиональных заболева- ний и отравлений)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы заңнамаға сәйкес ақпарат пен есептілікті ұсынбауы және нұсқамадағы талаптарды орындамауы (Непредставление и (или) несвоевременное представление субъектом (объектом) контро- ля и надзора информации и отчетности в соот- ветствии с законодательством в сфере сани- тарно-эпидемиологического благополучия на- селения и неисполнение требований в предпи- сании)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) қызметіне расталған шағым (Подтвер- жденная жалоба на деятель- ность субь- екта (обь- екта) кон- троля и надзора)			

					мен- да- ции)	чий)), долж- ность и подпись сотруд- ника (- ов) про- водив- ших проф. кон- троль без посе- щения)
9	10	11	12	13	14	15

Приложение 112
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
112-қосымша

Приложение 112
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №112/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 112/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Адамдарды жұмыстан уақытша шеттету жөнінде жедел ден қою шарасын
қолдану туралы бас
мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу
журналы
Журнал
регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о**

**применении меры
оперативного реагирования о временном отстранении лиц от работы**

Басталды (Начат) «_____» _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) «_____» _____ ж. (г.)

№	Қаулының күні мен нөмірі (Дата и номер постановления)	Шеттетуге жататын адам анықталған бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора, в котором выявлено лицо, подлежащее отстранению)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) мекенжайы, орналасқан жері (Адрес, место нахождения субъекта (объекта) контроля и надзора)	Уақытша шеттетілген адамдардың тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) временно отстраненных лиц)	Жұмыстан шеттетілген адамды жұмысқа жіберу күні (Дата допуска к работе лица, отстраненного от работы)	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица, оформившего постановление о применении меры оперативного реагирования)
1	2	3	4	5	6	7

Приложение 113
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
113-қосымша

Приложение 113
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №113/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 113/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру,
өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау жөніндегі қызметін немесе
оның жекелеген түрлерін (процестерін,
іс-әрекеттерін) тоқтата тұру туралы жедел ден қою шараларын қолдану
туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу
журналы**

Журнал**регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о
применении меры оперативного реагирования о приостановлении
деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию
услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или
отдельных ее видов (процессов, действий)**

Басталды (Начат) « ____ » _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) « ____ » _____ ж. (г.)

№	Қаулының күні мен нөмірі (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша тоқтатыла тұратын қызметінің түрі немесе оның жекелеген түрлері (процестері, іс-әрекеттері) (Вид приостанавливаемой деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действий))	Қаулының қолданылу мерзімі (Срок действия постановления)	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица, оформившего постановление о применении меры оперативного реагирования)
1	2	3	4	5	6

Приложение 114
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
114-қосымша

Приложение 114
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №114/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 114/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің
талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық
және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін өнімді (тауарларды)
өткізуден алып қою және кері қайтарып алу жөнінде жедел ден қою
шараларын қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің
қаулыларын тіркеу журналы**

Журнал**регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о
применении меры оперативного реагирования об изъятии и отзыве с
реализации продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего)
требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-
эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского
экономического союза**

Басталды (Начат) " ____ " _____ ж. (Г.)

Аяқталды (Окончен) " ____ " _____ ж. (Г.)

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)	Қаулыны қолдану негіздері (Основания для применения постановления)	Алынатын (қайтарылатын) өнімнің тізбесі (Перечень изымаемой (отзываемой) продукции)	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі аты әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия имя отчество (при его наличии) должностного лица, оформившего постановление о применении меры оперативного реагирования)	Қаулының орындалуы туралы ақпарат (Информации об исполнении постановления)
1	2	3	4	5	6	7

Приложение 115
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
115-қосымша

Приложение 115
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №115/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 115/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20__ года № _____

**Адамдарды емдеуге жатқызуға жіберуді ұйымдастыру жөнінде жедел ден
қою шараларын
қолдану туралы бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын
тіркеу
журналы
Журнал**

**регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о
применении меры
оперативного реагирования об организации направления лиц на
госпитализацию**

Басталды (Начат) « ____ » _____ ж. (Г.)

Аяқталды (Окончен) « ____ » _____ ж. (Г.)

№	Қаулының шыққан күні мен нөмірі (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)	Емдеуге 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 меры оперативного реагирования)	Қаулының орындалуы туралы ақпарат (Информации об исполнении постановления)
1	2	3	4	5	6

Приложение 116
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
116-қосымша

Приложение 116
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

—
Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 116/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 116/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша іс жүргізуді қарауды
тоқтату туралы қаулыларды тіркеу журналы**
**Журнал регистрации постановлений о прекращении рассмотрения
производства по делу об административном правонарушении**

Басталуы (Начат) «__» _____20__ ж.(г)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____20__ ж. (г.)

р /с № № п /п	Әкімшілік іс- тің (хаттама мен қаулы №), материалдың нөмірі (кіріс.№ , күні) (Номер адми- нистративного дела (№ прото- кола и поста- новления), ма- териала (вх.№, дата))	Ба- стал- ған күні (Да- та заве- де- ния)	Хаттама- ны тол- тырған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О (при его наличии), долж- ность ли- ца соста- вившего постанов- ления)	Қаулы жа- саған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О (при его наличии), долж- ность ли- ца соста- вившего постанов- ления)	Жеке тұлға, заңды тұлға, жеке кәсіпкер туралы мәліметтер (ЖСН, БСН, Т.А.Ә. (ол болған жағ- дайда) мекенжайы) (Сведения о физиче- ском лице, юридиче- ском лице, индивиду- альном предпринима- теле (ИНН, БИН, Ф.И. О (при его наличии), адрес))	Жұ- мыс тү- рі, лау- азы- мы, жұмыс орны, теле- фоны (Род зая- ний, долж- ность, место рабо- ты, те- лефон)	Жа- сал- ған ор- ны, ме- кен- жайы Ме- сто со- вер- ше- ния, ад- рес.	Іс жүргі- зуді бол- дыр- май- тын мән- жай- лар (Об- стоя- тель- ства, ис- клю- чаю- щие про- из- вод- ство)	Қа- ра- уды тоқ- тату күні (Да- та пре- кра- ще- ния рас- смот- ре- ния)	Бас- қа бел- гілер (Про- чие от- мет- ки)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Шұғыл хабарлама алынған күн (Дата получения экстренного извещения)	Зардап шеккен- дердің ЖСН-і (ИИН по- страдавших)	Зардап шегушінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), жасы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), возраст пострадавшего)	Улану орын алған объектінің атауы (Наименование объек- та, где произошло отравление)	Цех, бө- лімше, учаске (Цех, от- деление, участок)	Кәсі- бі (Про- фес- сия)	Жұ- мыс өтілі (Стаж ра- бо- ты)
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Кәсіби ауруды туғызған зиянды өндірі- стік факторлармен байланыстағы жұ- мыс өтілі (Стаж работы в контакте с вредными производственными факторами, вы- звавшими профессиональное заболева- ние)	Улан- ған, ауырған күні (Дата отравле- ния, за- болева- ний)	Ула- ну се- бебі (При- чина отрав- ле- ния)	Аурухана- ға жатқы- зу күні мен орны (Дата и место гос- питализа- ции)	Тексеру жүргізген адам- ның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), лица, проводившего обследо- вание)	Диа- гно- зы (Диа- гноз)	Диа- гноз қойы- лған күні (Дата уста- нов- ле- ния диа- гноза)	Ес- керт- пе (При- меча- ние)
9	10	11	12	13	14	15	16

Тір- кеу нө- мірі (Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер)	Хабарлама /шұғыл ха- барлама ке- ліп түскен күн (Дата по- ступления сообще- ния/ экс- тренного извещения)	Елді мекен- нің атауы (На- имено- вание насе- ленно- го пунк- та)	Тамақтан улану болған орын (асха- на, мейрамхана, дәмхана, ауруха- на, үйде) (Место, где про- изошло пищевое отравление (столо- вая, ресторан, ка- фе, больница, на дому))	Зардап шеккен- дердің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), ту- ған жылы (Фамилия, имя отчество (при его наличии) пострадавших, год рождения)	За- рдап шек- кен- дер- дің ЖСН- і (ИИН по- стра- дав- ших)	За- рдап шек- кен- дер саны* (Чис- ло по- стра- дав- ших*)	Ауру- хана- ға жат- қызы- лған- дар саны* (Чис- ло госпи- тали- зиро- ван- ных *)	Қай- тыс болған- дар са- ны* (Число умер- ших)	Ула- нуды ту- дыр- ған өнім (Про- дукт вы- звав- ший отрав- ле- ние)	Ес- керт- пе (При- меча- ние)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

*оның ішіндегі 14 жасқа дейінгі балаларды жақшаның ішінде көрсетіңіз (в том числе детей до 14 лет указывать в скобке)

Зертханалық зерттеулер Лабораторные исследования						Тамақтан улануды ту- дырған санитариялық және технологиялық кемшіліктер (Санитарные и техно- логические наруше- ния, повлекшие воз- никновение пищевых отравлений)	Тамақтан улануды тергеп-тексерудің қорытынды матери- алдары жіберілген күн (Дата направления окончательных ма- териалов расследо- вания пищевого отравления)	Қабылданған шаралар, оның ішінде әкімші- лік, тәртіптік ықпал ету және тағы басқа шаралар (Принятые меры, в том числе меры админ- стративного, дисци- плинарного воздей- ствия и так далее)
Наука- стар- дың бөлін- діле- рін (Вы- деле- ний боль- ных)	Қанды (Кровь)	Шай- ын- ды- ларды (Смы- вов)	Мәй- іттің мате- риал- дарын (Труп- ных мате- риал- лов)	Та- мақ өнім- дерін (Пи- ще- вых про- дук- тов)	Шая- тын суды (Про- мыв- ных вод)			
12	13	14	15	16	17	18	19	20

Приложение 119
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 119/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 119/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Қоршаған ортадан алынған үлгілерді серологиялық зерттеулерді тіркеу
журналы**

**Журнал регистрации серологических исследований образцов из окружающей
среды**

Басталуы (Начат) «_____» _____ 20____ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) « _____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

Реттік нөмірі (Номер по порядку)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні (Дата)	Материал	ПГАР (РПГА)					
				Туляремия (Туляримия)	Жалған ту- беркулез (Псевдоту- беркулез)	Пастереллез (Пастереллез)	Листериоз (Листериоз)	Иерсиниоз (Иерсиниоз)	Күйдіргі (Сибирскую язву)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

ИФТ (ИФА)							Зерттеу аяқталған күн (Дата окончания исследования)	Зерттеу нәтижелері, зертханашы-дәрігердің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), колы (Результаты исследований, Ф.И.О (при его наличии), подпись врача-лаборанта)
Қызба (Лихорадка)	Лептоспироз (Лептоспироз)	Кене энцефалиті (Клещевой энцефалит)	КҚГҚ (ККГЛ)	БСГҚ (ГЛПС)	Боррелиоздар (Боррелиозы)	Егеуқұйрық сүзегі (Крысиный тиф)		
11	12	13	14	15	16	17	18	19

Приложение 120
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
120-қосымша

Приложение 120
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 120/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 120/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Дайындалған қоректік орталарды стерильдеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации стерилизации приготовленных питательных сред

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Күні Да- та				Зарар- сызданды- ру	Режим Режим	Бақылау тесті Тест-контроль	
------------------	-------------------	--	--	--	---------------------------	----------------	--------------------------------	--

Регистрационный номер		Авто- клавтың маркасы, нөмірі Марка, номер ав- токлава	Зарар- сызданды- рылатын бұйымдар Обеззаражи- ваемые из- делия		Қап- та- ма- сы Упа- ков- ка	уақыты, минутпен Время обез- заражива- ния в мин.							Маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдай- да), лауазымы және қолы Ф.И.О. (при его на- личии), должность и подпись специа- листа, проводивше- го обеззаражива- ние
			Ата- уы На- име- но- ва- ние	Са- ны Ко- ли- че- ство		Ба- ста- луы На- ча- ло	Аяқ- та- луы Ко- нец	Қы- сы- мы Дав- ле- ние	Қы- зуы Тем- пе- ра- тура	Био- ло- гия- лық Био- ло- ги- че- ский	Тер- мия- лық Тер- ми- че- ский	Хи- мия- лық Хи- ми- че- ский	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Приложение 121
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
121-қосымша

Приложение 121
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 121/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 121/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Өлшеу құралдары мен сынақ жабдығына техникалық қызмет көрсетуді
тіркеу журналы**

**Журнал регистрации технического обслуживания средств измерений и
испытательного оборудования**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистраци- онный номер	Кү- ні Да- та	Өлшеу құралдарының атауы, тү- рі, зауыт нөмірі Наименование средств измере- ний, тип, Заводской номер	ӨЖ және СЖ жағ- дайы Состоя- ние СИ и ИО	Орындалған жұмыс түрлері Виды выпол- ненных работ	Инженердің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии) инженера	Қо- лы Под- пись	Ес- керт- пе При- ме- ча- ние
1	2	3	4	5	6	7	8

Приложение 122
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
122-қосымша

Приложение 122
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 122/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 122/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Медициналық иммундық-биологиялық препараттарды есепке алу журналы
Журнал учета медицинских иммунобиологических препаратов

Басталды (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Аяқталды (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Препараттың атауы	Түскен мерзімі	Қайдан келді	Шығарушы елі	Алынған саны
---------------	-------------------	----------------	--------------	--------------	--------------

Регистрационный номер	Наименование препарата	Дата поступления	Откуда поступило	Страна производитель	Полученное количество
1	2	3	4	5	6

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Ампуладағы (шишалардағы) дозалар саны Количество доз в ампуле (флаконе)	Жарамдылық мерзімі Срок годности	Серия нөмірі Номер серии	Қаржыландыру көзі Источник финансирования	Кімге берілді Кому выдано	Берілген күні, жүк құжатының № Дата выдачи, № накладной
7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасыПродолжение таблицы

Сенімхат №, күні № доверенности, дата	Берілген саны Выданное количество	Теңгерім Баланс		
		Кіріс Приход	Шығыс Расход	Қалдық Остаток
13	14	15	16	17

Приложение 123
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
123-қосымша

Приложение 123
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 123/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 123/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Судың үлгілерін (жоғары дәлдіктегі жабдықта) зерттеу нәтижелерін
есепке алу журналы**

**Журнал учета результатов исследования образцов воды
(на высокоточном оборудовании)**

Басталуы (Начат) « ____ » _____ 20 ____ ж.(г)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Тіркелу нөмірі (Регист- раци- онный номер)	Сынама қабыл- данған күн (Дата приня- тия про- бы)	Сына- ма алу орны (Ме- сто от- бора пробы)	Ме- кен- жайы (Адрес)	Көрсет- кіштер атауы (Наиме- нование показате- лей)	Анық- талған шоғыр- лану (Выяв- ленная концен- трация)	РЕ- ШШ нор- ма- сы (Нор- ма ПДК)	Зерт- теу НҚ- ы (НД ис- сле- дова- ния)	Хаттама- ның тол- тырылған күні (Дата со- ставления протоко- ла)	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица, про- водившего исследования)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Приложение 124
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
124-қосымша

Приложение 124
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 124 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 124/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20__ года № _____

Дозаторларды калибрлеуді тіркеу журналы Журнал регистрации калибровки дозаторов

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

--	--	--	--

Тіркеу нөмірі (Регист- рацион- ный номер)	Кү- ні (Да- та)	Ата- уы (На- име- но- ва- ние)	Барлығы бір арналы және көп арналы дозаторлар (Все одноканальные и многоканальные дозаторы)								
			5 мкл (+/- 0,25м- кл) (+5, 0%)	10 мкл (+/- 0,25м- кл) (+2, 5%)	20 мкл (+/- 0,4 мкл) (+ 2,0%)	25 мкл (+ 0,5м- кл) (+ 2,0%)	50 мкл (+/- 1,0м- кл) (2,0%)	100 мкл (+/- 1,5 мкл) (+/- 1,5%)	200мкл (+2,0м- кл) (+/- 1,0%)	250м- кл (+2, 5мкл) (+/- 1,0%)	300 мкл (+/- 5,0 мкл) (+/- 1,0%)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)											
500 мкл(+/-5,0мкл) (+/- 1,0%)			1000 мкл (+/-10мкл) (+/-1,0%)	2000 мкл (+/- 20мкл) (+1, 0%)	5000 мкл (+/-50мкл) (+1,0%)			Т.А.Ә. (ол болған жағ- дайда), тексерушінің қолы (Ф.И.О.(при его нали- чии), подпись проводя- щего)		Ескертпе- лер (При- мечания)	
13			14	15	16			17		18	

Приложение 125
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 125 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 125/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

_____ (заттың, өнімнің атауы) (тамақ өнімдері, топырақ, ағаш
шикізаты, көмір, минералды шикізат, ойыншықтар, жиһаз өнімі,
автомобиль жолдарын салу және жөндеу кезінде пайдаланылатын
материалдардың және тағы басқалардың атауы) радиоактивтілігін зерттеуді
тіркеу журналы
Журнал регистрации исследования радиоактивности

**(наименование продукции, вещества) (пищевой продукции, почвы,
древесного сырья, угля, минерального сырья, игрушек, мебельной
продукции, материалов, используемых при строительстве и проведении
ремонта автомобильных дорог и так далее)**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тір- кеу нөмі- рі (Ре- ги- стра- цион- ный но- мер)	Өл- шеу жүргі- зілген күн (Дата прове- дения изме- рения)	Үлгінің ата- уы, өнім бе- руші, өндіру- ші (Наименова- ние образца, поставщик, изготовитель)	Үлгі- нің сал- мағы (кө- лемі) (Вес (объ- ем) об- раз- ца)	Үлгіні өлшеу уақыты (мин /сек) (Время измере- ния об- разца (мин /сек))	Радионуклидтердің белсенділігі, Бк/кг/л/дм3							Зерттеу жүргіз- ген адам- ның Т.А. Ә. (ол болған жағдай- да) (Ф.И.О. (при его нали- чий) прово- дивше- го ис- следова- ние)
					Активность радионуклидов, Бк/кг/л/дм3							
					Ра- дий- 226 (Ra- 226)	То- рий- 232 (Th- 232)	Ка- лий- 40 (К- 40)	Це- зий- 137 (Cs- 137)	Строн- ций- 90 (Sr- 90)	Басқа гам- ма сәуле- лену- ші изо- топ- тар (Дру- гие гам- ма из- луча- ющие изото- пы)	Мен- шікті тиімді белсен- ділігі (Удель- ная эф- фек- тивная актив- ность)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
№	Меншікті тиімді белсенділік Cs-137(Бк/кг) (Удельная эффективная актив- ность) Cs-137(Бк/кг)			Меншікті тиімді бел- сенділіктің рұқсат етілген деңгейі Cs-137 (Бк/кг) (Допустимый уро- вень удельной эф- фективной активнос- ти) Cs-137 (Бк/кг)		Меншік- ті тиімді белсенді- лік Sr- 90(Бк /кг) (Удель- ная эф- фектив- ная ак- тивность) Sr- 90(Бк /кг)		Меншікті тиімді белсенділіктің рұқ- сат етілген деңгейі Sr- 90 (Бк/кг) (Допустимый уро- вень удельной эф- фективной актив- ности) Sr- 90 (Бк/кг)			Зерттеу/сынақ әдісіне НҚ (НД на метод исследова- ния/испытаний)	
1	2			3		4		5			6	

Приложение 126
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
126-қосымша

Приложение 126
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 126 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 126/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Тамақ өнімдеріндегі микробты транsgлутаминазаны анықтау бойынша
зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации исследования по определению микробной
транsgлутаминазы в продуктах питания**

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Кү- ні Да- та	Тір- кеу нөмірі Регис- тра- цион- ный номер	Күні, уақыты Дата, время			Үлгі іріктел- ген орын, объект Объ- ект, ме- сто от- бора образ- ца	Өнім- нің атауы На- име- нова- ние про- дукта	Зерт- теу нәти- жесі Ре- зуль- тат ис- сле- дова- ния	Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, қолы Дата, месяц, год окончания ис- следования, фамилия, имя, подпись лица, проводившего исследование
		Ірік- тел- ген От- бо- ра	Зертха- наға қабыл- данған По- ступле- ния в лабо- рато- рию	Зерт- те- удің ба- ста- луы На- чало ис- сле- до- ва- ния				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Приложение 127
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
127-қосымша

Приложение 127
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 127 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 127/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Тамақ өнімдеріндегі құрғақ сүттің массалық үлесін анықтау бойынша
зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации исследования по определению массовой концентрации
сухого молока в продуктах питания**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Кү- ні Да- та	Тір- кеу нөмірі Регис- тра- цион- ный номер	Күні, уақыты Дата, время			Үлгі ірік- телген орын, объект Объ- ект, место отбора образ- ца	Өнім- нің атауы На- име- нова- ние про- дукта	Зерт- теу нәти- жесі Ре- зуль- тат ис- сле- дова- ния	Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы, зерттеу жүргіз- ген адамның тегі, аты, қолы Дата, месяц, год окончания исследования, фамилия, имя, подпись лица, проводив- шего исследование
		Алын- ған Отбо- ра	Зерт- ханаға қабыл- данған По- ступ- ления в лабо- рато- рию	Зерт- те- удің ба- ста- луы На- чало ис- сле- до- ва- ния				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Приложение 128
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
128-қосымша

Приложение 128
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен Бекітілген № 128/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 128/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Таразыларды калибрлеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации калибровки весов

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі						
---------------	--	--	--	--	--	--

(Регистрацион- ный номер)	Кү- ні (Да- та)	Тара- зы тү- рі (Вид ве- сов)	Таразыны ка- либлеу, гр. (Калибровка весов, гр)	Калибрленген таразы көрсеткіштері, гр. (Показания калиброван- ных весов, гр.)	Таразы көрсеткіште- рінің ауытқуы, г (Отклонения показан- ия весов, г)	Т.А.Ә. (ол болған жағ- дайда), қолы, (Ф.И.О (при его наличии), Подпись)	Ес- кертпе- лер (При- меча- ния)
1	2	3	4	5	6	7	8

Приложение 129
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
129-қосымша

Приложение 129
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 129/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 129/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Дистилденген судың сапасын бақылауды тіркеу журналы

Журнал регистрации контроля качества дистиллированной воды

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 _____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 _____ ж. (г.)

--	--	--	--	--	--	--	--

Тіркеу нөмірі (Регистрат- сионный номер)	Сынаманың алынған күні мен уақыты (Дата и вре- мя отбора пробы)	Зертханаға тү- су күні мен уа- қыты (Дата и время поступления в лабораторию)	Ингредиенттер және басқа көрсет- кіштердің атауы (Наименование по- казателей Ingredi- ентов и других)	Суды зерт- теу нәти- жесі (Результат исследования воды)	Зерттеу нәти- жесінің беріл- ген күні (Дата выдачи результата ис- следования)	Зерттеуді жүргізген Т.А. Ә. (ол болған жағдай- да), (Ф.И.О (при его нали- чии), подпись проводив- шего исследования)
1	2	3	4	5	6	7

Приложение 130
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
130-қосымша

Приложение 130
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 130/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 130/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Қоршаған орта параметрлерін бақылауды тіркеу журналы
Журнал регистрации контроля параметров окружающей среды

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ____ ж. (Г.)

--	--	--	--	--	--

Өлшеу күні мен уақыты (Дата и время измерения)	Бөл- ме № (№ ком- наты)	Ауа температурасының көр- сеткіштері (Показатели температуры воздуха)		Құрғақ және ылғалды термометр көрсет- кіштерінің айырмасы (Разность показаний температуры сухого и влажного термометров)	Салыстырмалы ылғалдылық (Относительная влажность %)	Қо- лы (Под- пись)
		Құрғақ тер- мометр (Сухого термомет- ра)	Ылғалды тер- мометр (Влажного термометра)			
1	2	3	4	5	6	7

Приложение 131
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
131-қосымша

Приложение 131
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» ____ №__ бұйрығымен бекітілген №131/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 131/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» ____ 20 ____ года № _____

**Бу және ауа стерилизаторларын, құрғақ ыстық ауалы шкафтарды
(автоклавтарды)
және дезинфекциялау камераларын бақылауды тіркеу журналы
Журнал регистрации контроля паровых и воздушных стерилизаторов,
сухожаровых шкафов
(автоклаво́в) и дезинфекционных камер**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Дата Күні	№	Үлгі ірік- телген орын,объ- ект Объект, место от- бора про- бы	Камера және автоклав аты Наименова- ние камер и автоклавов	Те- сттер Те- сты	Дни выдерживания в термостате 37 C 37C термостатта ұстау күндері							
					Қо- рек- тік орта Пита- тель- ная среда	Қо- рек- тік орта Пита- тель- ная среда	Қо- рек- тік орта Пита- тель- ная среда	Қо- рек- тік орта Пита- тель- ная среда	Қорек- тік орта Пита- тельная среда	Қоректік орта Питатель- ная среда	Қо- рек- тік орта Пита- тель- ная среда	Қо- рек- тік орта Пита- тель- ная среда
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Микроскопия		Сәйкестендіруге арналған тесттер/Тесты для идентификации								Нәтиже/Ре- зультат	Қолы /Под- пись	
		Каталаза	лецитиназа	плазмакоагуля- ция		маннит		глицерин				
14		15	16	17		18		19		20	21	

Пайдалынатын қысқартулар

өж – өсу жоқ

+к – кокки

спор.таяқшасы – споралық таяқшалар

үлб..өсу – үлбірлі өсу

теріс –теріс

"+" - оң

"-" - теріс

т.р.ұсталды – температуралық режим ұсталды

т.р. ұсталған жоқ – температуралық режим ұсталған жоқ

Используемые сокращения

рн - роста нет

+к – кокки

спор.пал – споровые палочки

плен.рост – пленчатый рост

отр. – отрицательно

"+" - положительный

"-" - отрицательный

т.р.выдержан – температурный режим выдержан

т.р. не выдержан – температурный режим не выдержан

Тіркеу нө- мірі Регистраци- онный но- мер	Кү- ні Да- та	№1 калибрлеу ері- тінді Калибровочный раствор № 1 (рН 4,01)	№2 калибрлеу ері- тінді Калибровочный раствор № 2 (рН 9,18)	Тексеру ерітіндісі Проверочный рас- твор (рН 6,86±/- 0,03)	Калибровканы жүргізген Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы Ф.И.О.(при его наличии) и под- пись проводившего калибровку	Ес- керт- пе При- меча- ния
1	2	3	4	5	6	7

Приложение 133
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
133-қосымша

Приложение 133
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №133/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 133/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20__ года № _____

Термостаттың температурасын бақылады 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 жағдай- да), (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

Приложение 134
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
134-қосымша

Приложение 134
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 134/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 134/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Центрифуганы қосуды және стерильдеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации подключения и стерилизации центрифуги

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20____ ж. (г.)

--	--	--	--	--	--	--

Тіркеу нө- мірі Регистра- ционный номер	Центрифуга- ның қосылған күні Дата подклю- чения центри- фуги	Материал- дың атауы Наименова- ние матери- ала	Центрифуганы стерилдеуге арналған ерітіндінің атауы Название раствора для сте- рилизации центрифуги	Центрифугамен жұмыс істеген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағ- дайда), Ф.И.О (при его наличии), специа- листа работавшего с центрифугой	Қо- лы Под- пись	Ес- керт- пе При- ме- ча- ние
1	2	3	4	5	6	7

Приложение 135
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » 2026 года №

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
№ КР ДСМ-84

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің 20____ жылғы «__» _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 135/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 135/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года №_____

Зертханалық ыдыстарды стерильдеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации стерилизации лабораторной посуды

Басталуы (Начат) " " 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " 20 ж. (г.)

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Тіркеу нөмірі Регистра- ционный номер	Кү- ні Да- та	Стерилденген зертханалық ыдыстар Стерилизуемая лабораторная посуда	Са- ны Ко- ли- че- ство	Сте- рил- деу Т Т сте- ри- лиза- ции	Құрғақ ыстық ауалы шкафты қосқан уақыты Время включе- ния сухожарово- го шкафа	Құрғақ ыстық ауалы шкафты өшірген уақыты Время выключе- ния сухожарово- го шкафа	Стерилдеуді жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), Ф.И.О. (при его нали- чии), проводившего сте- рилизацию	Қо- лы Под- пись
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Приложение 136
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 136/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 136/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года №_____

**Зертханааралық салыстыру сынақтары және сапаны сырттай бағалау
бойынша сынамаларды тіркеу журналы**

**Журнал регистрации проб по межлабораторным сличительным испытаниям
и
внешней оценки качества**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тір- кеу нөмірі Регис- тра- цион- ный номер	Кү- ні Да- та	Сы- нама ата- уы На- име- нова- ние про- бы	Зерт- теу түрі Вид	Қай- дан жібе- рілді От- куда на- прав- лен	Қай- да жібе- рілді Ку- да на- прав- лен	Жіберіл- ген препа- раттар са- ны Количе- ство на- правлен- ных пре- паратов	НҚ-ға сәй- кес Нор- малар Нор- мы в соот- вет- ствии с НД	Зерт- те- удің нәти- жесі Ре- зульт- тат иссл- дова- ний	Нәтиже- лер сәй- кестігінің үлес сал- мағы Удель- ный вес совпаде- ний ре- зультатов	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әке- сінің аты (ол болған жағдайда), қолы Фамилия, имя, отче- ство (при его нали- чии), подпись, прово- дившего исследование	Ес- керт- пе При- ме- ча- ние
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Приложение 137
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
137- қосымша

Приложение 137
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 137/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 137/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Зертханадағы аварияны тіркеу журналы
Журнал регистрации аварии в лаборатории

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20____ ж. (г.)

--	--	--	--	--	--	--

Тіркеу нө- мірі Регистраци- онный но- мер	Авария болған күні, сағаты Дата и вре- мя аварии	Аварияны анықтаған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы Ф.И.О (при его наличии), должность специалиста обнаружившего аварию	Болған авария түрі Вид ава- рии	Қолдан- ған шара- лар Приня- тые меры	Зертхана меңгеруші- сінің қолы Подпись заведующе- го лабораторией	Ес- керт- пе При- меча- ние
1	2	3	4	5	6	7

Приложение 138
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
138- қосымша

Приложение 138
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 138/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 138/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Емшек сүтін микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований грудного молока

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20____ ж. (г.)

	Күні, уақыты		Т.А.Ә				
--	--------------	--	-------	--	--	--	--

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	(Дата, время)		Үлгіні жіберген ұйым (Организация, направившая образец)	(ол болған жағдайда) (Ф.И.О (при его наличии))	Жасы (Возраст)	Тұрғылықты мекенжайы (Адрес проживания)	Диагноз, тексеріп қарау жиілігі (Диагноз, кратность обследования)	Микробтардың жалпы өсу саны (МЖС) (Общее микробное число (ОМЧ))
	Сынама алу (Отбора проб)	Зертханаға түсуі (Поступления в лабораторию)						
1	2		3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Ішек таяқшалары тобы бактерияларына зерттеу											
Исследование на бактерий группы кишечных палочек											
Себілетін көлем (засева- мый объ- ем)		Кесслер ортасында өсу (рост на среде Кесслера)		Эндо ортасында өсу (рост на среде Эн- до)		Микроско- пия		Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)			
								Оксидаза		Глюкоза	
9		10		11		12		13		14	
Стафилококка зерттеу: (Исследование на стафилококк):								Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)			
Тікелей себу (Прямой посев)		Байыту ортасы- нан себу (Высев со сре- ды обогащения)		Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)				МА- ШАнМС (КМАФ АнМ)	ІТТБ (БГКП)	Ста- фи- ло- кокк Ста- фи- ло- кокк	Зерттеу аяқтал- ған күн, зерттеу жүргізген адам- ның тегі, аты экесінің аты (ол болған жағдай- да) қолы. Дата оканчания исследования Фамилия,имя,от- чество (при его наличии) под- пись лица прово- див шего иссле- дование
Се- біле- тін кө- лем (За- се- вае- мый объ- ем)	Сипатты колония- лар саны (Количе- ство ха- рактер- ных ко- лоний)	Себі- летін көлем (Засе- вае- мый объем)	Тығыз ор- тада өсу (Рост на плотных средах)	Ле- ци- ти- на- за	Мик- ро- ско- пия	Анаэ- робты жағдай- лардағы мальто- за (Маль- тоза в анаэроб- ных услови- ях)	Тер- мотұ- рақ- ты нук- леаза (Тер- мо- ста- биль- ная нук- леаза)				
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Приложение 139
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
139- қосымша

Приложение 139
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 139/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 139/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Парфюмерлік-косметикалық өнімдерді микробиологиялық зерттеулерді
тіркеу журналы**

**Журнал регистрации микробиологических исследований парфюмерно-
косметической продукции**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Кү- ні (Да- та)	Тіркеу нөмірі (Регистрацион- ный номер)	Күні, уақыты (Дата, время)			Үлгіні алу орны, объектісі (Объект, место отбора об- разца)	Зерттеу мақ- саты (Цель иссле- дования)
		Алынған (Отборан)	Зертханаға түсуі (Поступление лабо- раторию)	Зерттеудің ба- сталуы (Начало иссле- дования)		
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Микроорганизмдердің жалпы са- ны (Мезофильді-аэробты, факультативті-анаэробты), КТБ (Общее количество микроорганизмов (Мезофильно-аэробны, факультативно-анаэробных), КОЕ)		Candida alibicans	E. coli	Staphylococcus aureus	Pseudomonas aeruginosa	Бас- қа Дру- гие	Зерттеу нәтижелері, зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргіз- ген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда). (Результат исследования, дата окончания исследования, Ф.И. О. (при его наличии) лица, про- водившего исследования)
Себу көле- мі (Засевае- мый объем)	Өскен колониялар саны (Количество выросших Колоний)						
8	9	10	11	12	13	14	15

Приложение 140
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
140- қосымша

Приложение 140
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген № 140/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 140/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____года № _____

**Тамақ және мал шаруашылығы өнімдеріндегі гормондардың қалдық
мөлшерін
анықтау бойынша микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы**
**Журнал регистрации микробиологических исследований по определению
остаточных количеств гормонов в продуктах питания и животноводства**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Әкелі- ну күні Дата до- став- ки	Тіркеу нө- мірі Регистра- ционный номер	Әкелі- ну уа- қыты Вре- мя до- став- ки	Зерттеу ба- сталған уа- қыт Время на- чала иссле- дования	Өнімнің атауы, алыну орны, материалды кім алды Наименование продукта, ме- сто забора, кем сделан забор материала	Тест- си- сте- ма	Қалдық гормонның мөлшерін анықтау нәтижесі Результат исследования на определение остаточного коли- чества гормонов	Күні, қолы дата, под- пись
1	2	3	4	5	6	7	8

Приложение 141
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
141- қосымша

Приложение 141
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген № 141/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 141/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____года № _____

Жеке гигиена құралдарын микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований средств личной
гигиены

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Күні/ (Дата)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні, уақыты (Дата, время)			Үлгіні алу орны, объектісі (Объект, место отбора образца)	Зерттеу мақса- ты (Цель исследо- вания)
		Алын- ған (Ото- боран)	Зертханаға түсуі (Поступление в лабо- раторию)	Зерттеудің баста- луы (Начало исследо- вания)		
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Enterobacteriaceae в 10 г	Staphylococcus aureus в 10 г	Pseudomonas aeruginosa в 10 г	Зең және ашыт- қы са- ңырау- құлақта- ры КТБ/г (артық емес) (Плес- невые и дрожже- вые гри- бы КОЕ /г (не более))	Себу көлемі (Засе- вае- мый объем)	Өс- кен коло- ния- лар саны (Ко- личе- ство вы- рос- ших коло- ний)	Зерттеу нәтижелері, зертте- удің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) қолы. (Результат исследования, да- та окончания исследования, Ф.И.О. (при его наличии) Подпись лица, проводивше- го исследования)
8	9	10	11	12	13	14

Приложение 142
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
142- қосымша

Приложение 142
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген № 142/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 142/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____года № _____

**Балалар мен жасөспірімдерге арналған өнімдерді микробиологиялық
зерттеулерді тіркеу журналы**

**Журнал регистрации микробиологических исследований продукции,
предназначенной для детей и подростков**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Кү- ні (Да- та)	Тір- кеу нө- мірі (Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер)	Күні, уақыты (Дата, время)		Үлгі алынған орын, объект (Объект, место отбора образца)	Зерт- теу мақ- саты (Цель иссле- дова- ния)	Ашытқылар, ашытқы тәрізді, зең саңырауқұ- лақтары, 1г. (1см2) өнімде (Дрожжи, дрожжеподоб- ные, плесневые грибы, 1г. (1см2) продук- ции)		Энте- робакте- риялар тұқым- дас бак- терия- лар (1см2) 1г. өнім- де / Бакте- рии се- мейство энте- робакте- рии, в 1г. (1см2) продук- ции	1г-дағы пато- генді стафи- ла- кокктар (1см2) /өнімде (Пато- генные стафи- локок- ки в 1г. (1см2) продук- ции)	1г-да- ғы жал- ған монас аэро- геноза (1см2) өнімде (Псев- домо- нас аэро- геноза в 1г. (1см2) про- дук- ции)	Зерттеу нәтижесі, зерттеудің аяқтал- ған күні, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Результат исследо- вания, дата оконча- ния исследования, Ф.И.О. (при его на- личии), подпись ли- ца, проводившего исследования)
		Алын- ған (От- бора)	Зерт- ха- наға қа- был- да- ған (По- ступ- ле- ние в ла- бо- рато- рию)			Себу көлемі (Засе- вас- мый объем)	Өс- кен коло- ния- лар саны (Ко- личе- ство вы- рос- ших коло- ний)				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Приложение 143
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
143- қосымша

Приложение 143
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген № 143/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 143/у 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 (Регистрационный номер)	Күні, уақыты (Дата, время)			Объект, үлгіні алу орны (Объект, место отбора образца)	Зерттеу мақсаты (Цель исследования)	Микроорганизмдердің жалпы саны (мезофилді-аэробты факультативті-анаэробты) (Общее количества микроорганизмов (мезофильно-аэробно факультативно-анаэробных))	
		Іріктеп алынған (Отбора)	Зертханаға қабылдаған (Принят в лабораторию)	Зертханаға түскен (Поступление в лабораторию)			Себу көлемі (Засеваемый объем)	Өскен колониялар саны (Кол-во выросших колоний)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Ойыншықтардағы ашытқы, ашытқы тәрізді, зең саңырауқұлақтары, 1г. (1см2, 1см3) (Дрожжи, дрожжеподобные, Плесневые грибы, 1г. (1см2, 1см3) игрушек)		Ойыншықтардың 1граммдағы (1см2, 1см3) энтеробактериялар тұқымдас бактериялар (Бактерии семейства энтеробактерии в 1г. (1см2, 1см3) игрушек)		Ойыншықтардың 1 граммдағы (1см2, 1см3) патогенді стафилококктар, (Патогенные стафилококки в 1г. (1см2, 1см3) игрушек)	Ойыншықтардың 1 граммдағы (1см2, 1см3) жалған монас аэрогеноз (Псевдомонас аэрогеноза в 1г. (1см2, 1см3) игрушек)	Зерттеу нәтижелері, зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Результат исследования, дата окончания исследования, Ф.И.О (при его наличии), подпись лица, проводившего исследования)
Себу көлемі (Засеваемый объем)	Өскен колониялар саны (Количество выросших колоний)					
10	11	12		13	14	15

Приложение 144
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
144- қосымша

Приложение 144
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген № 144/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 144/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____года № _____

**Бактерияларға қарсы препараттарға (сыртқы ортадан бөлінген
өсірінділерге)**

сезімталдықты анықтауды тіркеу журналы

Журнал регистрации определения чувствительности к антибактериальным препаратам (культур выделенных из внешней среды)

Күні (Дата)	Тіркеу нөмірі (Регистраци- онный номер)	Өсірінді- лердің ата- уы (Наимено- вание куль- туры)	Бөліну көзі (Источ- ник вы- деления)	Бөліну орны (Место выделе- ния)	Жіберген мекеме- нің атауы (Наименование на- правившего учре- ждения)	Антибиотиктер атауы/ наименование антибио- тиков
1	2	3	4	5	6	7
Нәтижесі (Результат)						
Өсудің тежелу айма- ғы Зона подавления роста	- Сезімтал (S)/ Чувствитель- ный (S)	Сезімтал- дығы орта- ша (I) Умеренно чувстви- тельный	Резистентті (R) / Резистентный (R)	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдай- да), лауазымы және қолы (Ф.И.О. (при его наличии), должность и подпись лица проводившего исследования)		
8	9	10	11	12		

Приложение 145
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года
№ _____

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 Республикасы Денсаулық сақтау
министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Халықтың 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
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген № 145/е
нысанды медициналық құжаттама
Медицинская документация Форма
№ 145/у
Утверждена приказом Министра здравоохранения
Республики Казахстан от " " _____ 2021
года № _____

**Қанды ішсүзегі, А және В паратифі қоздырғышын анықтауға
микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований крови на
выявление возбудителя брюшного тифа, паратифа А и В**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Күні Да- та	Тіркеу нө- мірі Регистра- ционный номер	Т.А.Ә. (ол болған жағ- дайда), мекен жайы, жұмыс орны Ф.И.О. (при его нали- чии), адрес, место ра- боты	Қанды ақелген адамның Т.А. Ә. (ол болған жағдайда), лауа- зымы қолы Ф.И.О. (при его наличии), должность и подпись лица до- ставившего кровь	Зерттеу макса- ты Цель иссле- дования	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

Микро- скопия	Сәйкестенді- ру тесттері Тесты иденти- фикации	Нәтиже Результат	Талдау аяқтал- ған күн Дата оконча- ния анализа	Нәтиже берілген күн, ай, жыл Дата выдачи ре- зультата	Зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), Ф.И.О. (при его наличии), подпись лица про- водившего исследование
12	13	14	15	16	17

Тіркеу нөмірі Регист- рацион- ный номер	Зертте- лушінің Т.А.Ә. (ол болған жағдай- да), Ф.И.О. (при его налич- ии) об- следуе- мого	Ту- ған жы- лы Год рож- де- ния	Ме- кен — жайы Адрес про- жи- ва- ния	Тексе- руге жі- берген мекеме Учре- ждение напра- вившее на об- следо- вание	Үлгіні тексе- руге қа- былдау күні, айы, жылы Дата приема образца на ис- следо- вание	Диа- гно- зы, ауыр- ған күні, айы, жылы Диа- гноз, дата забо- лева- ния	Зерт- те- удің әдісі Ме- тод ис- сле- до- ва- ния	Зерттеу нәти- желері Результат ис- следования		Нәти- же- лер бері- лген күн, ай, жыл Дата выда- чи ре- зуль- татов	Зерттеу жүр- гізген адам- ның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағ- дайда), қолы Фамилия, имя, отче- ство (при его наличии), , подпись, про- водившего исследование	Ес- керт- пе При- ме- ча- ние
								Көр- сет- кіш По- ка- за- тель	Көр- сет- кіш Пока- за- тель Бас- қа- лар (көр- сеті- ңіз) Про- чие (ука- зать)			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Приложение 147
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 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)	Кү- ні (Да- та)	Тап- сырыс беру- ші (Заказ- чик)	Зерттеу, өл- шеу мақса- ты (Цель иссле- дования, за- меров)	Өлшеудің жалпы саны (Общее ко- личество за- меров)	Гамм- сәуле- лену (Гам- ма-из- луче- ние)	Бета- сәуле- лену (Бета- излу- чение)	Альфа сәуле- лену (Аль- фа-из- луче- ние)	Орындаушының Т. А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О (при его наличии), исполни- теля)	Хаттама- ны беру күні (Дата вы- дачи про- токола)	Ес- керт- пе (При- меча- ние)
					мәні (значе- ние)	мәні (зна- чение)	мәні (значе- ние)			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Приложение 148
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
148- қосымша

Приложение 148
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген № 148/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 148/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____года № _____

**Мұнай өнімдерін қайта өңдеу мен арнайы сұйықтықтар үлгілерін зерттеу
нәтижелерін тіркеу және беру журналы**

**Журнал регистрации и выдачи результатов исследования образцов
переработки нефтепродуктов и специальных жидкостей**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 __ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 __ ж. (г.)

Реттік нө- мірі (Порядко- вый номер)	Үлгіні алу актісі (Акт отбора образца)	Зерттеу жүргізіл- ген күн (Дата проведения исследования)	Үлгі алынған орын, ұйымның атауы (Место отбо- ра, наименование организации)	Үлгінің атауы (Наименова- ние образца)
1	2	3	4	5

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)			Зерттеулер әдісте- ріне НҚ (НД на методы ис- следований)	Зерттеу жүргізген адамның қолы (Подпись лица, проводившего исследование)
Көрсеткіш атауы (Наименование по- казателя)	Анықталған шоғырлану (Обнаруженная кон- центрация)	Нормативтік көр- сеткіштер (Нормативные по- казатели)		
6	7	8	9	10

Приложение 149
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
149-қосымша

Приложение 149
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №149/е нысаны медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма №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.)

Тір- кеу Нө- мірі Регис- тра- ци- он- ный но- мер	Ба- қы- лау жүр- гіз- ген күні Да- та кон- тро- ля	ЕПМ атауы, ка- бинет саны/ап- парат саны/жұ- мыс орны саны Наименование ЛПУ, кол-во кабинетов/ап- паратов/раб мест	Өл- шеу жүр- гізіл- ген орын Ме- сто про- веде- ния замер- а	Рентген- қондыр- ғы, за- уыттық нөмірі Рентген- установ- ка, за- водской номер	Рентген сәулелену- дің өлшем саны Количе- ство заме- ров рентге- новск излу- чения	Өл- шем диа- па- зон- да- ры Диа- па- зон из- ме- ре- ний	Өл- шеу нәти- же- лері Ре- зуль- таты из- ме- ре- ний	Өлшем- нен ас- қан өл- шемдер саны Количе- ство за- меры с превы- шением	Өл- шеу нәти- же- лері Ре- зуль- таты из- ме- ре- ний	Хат- та- ма нө- мірі Но- мер про- то- кола	Өлшеу жүр- гізген, Т.А. Ә. (ол болған жағ- дайда), ко- лы Ф.И.О. (при его нали- чии) прово- дившего за- мер, под- пись
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Приложение 150
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
150-қосымша

Приложение 150
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 №150/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма №150/y Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Экспресс-зерттеу нәтижелерін тіркеу және беру журналы
Журнал регистрации и выдачи результатов экспресс- исследований

Басталуы (Начат) " " _____ 20____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20____ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1.

2.

Тіркеу нө- мірі Регистраци- онный но- мер	Зерттеу күні мен уақыты. Дата и время исследования	Объектінің атауы, ор- наласқан жері Наименование, место нахождение объекта	Үлгі атауы Наимено- вание об- разца	Зерттеу нәтижесі Результат исследова- ния	Жүргізген адамның лауызымы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) және қолы Ф.И.О. (при его наличии), должность и подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6

Приложение 151
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы " " _____
№ _____ бұйрығына
151-қосымша

Приложение 151
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №151/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 151/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

**Сынақ жүргізуге жарамсыз сынамаларды (үлгілерді) тіркеу (бракераж)
журналы
Журнал регистрации образцов (проб) не пригодных к испытанию
(бракеражный)**

Басталуы (Начат) " " _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20____ ж. (г.)

Тір- кеу нө- мірі Регис- тра- цион- ный но- мер	Кү- ні Да- та	Сы- на- ма ата- уы На- име- но- ва- ние об- раз- ца	Сынаманы жеткізген Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), /жіберген мекеме атауы Наименование орга- низации Ф.И.О (при его наличии), под- пись доставший про- бу	Бракераж себебі (матери- ал сапасы, жеткізу ереже- лерін бұзу және т. б. Сәй- кессіздіктерді атау) Причина бракеража (Пере- числить нарушения, по ка- честву материала, прави- лам доставки и т.д)	Зерттелушінің Т. А.Ә, (ол болған жағдайда), сына- ма, ошақ, мекен- жайы Ф.И.О. (при его наличии), больно- го человека, мате- риал, очаг, адрес	Қа- был- дан- ған ша- ра- лар При- ня- тые ме- ры	Бракеражға жауапты, Т. А.Ә. (ол болған жағ- дайда), Ф.И.О. (при его нали- чии) ответс- венный за бракераж	Ес- керт- пе При- ме- ча- ние
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Приложение 152
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
152- қосымша

Приложение 152
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №152/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 152/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №__

Сәйкессіздіктерді және түзету іс-қимылдарын жүргізу жөніндегі іс-шараларды тіркеу журналы

**Журнал регистрации несоответствий и мероприятий по проведению
корректирующих действий**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Тіркеу нөмірі (Регист- рацион- ный номер)	Тол- ты- рыл- ған күні (Да- та за- пол- не- ния)	Анықтал- ған сәйкес- сіздік (Обнару- женное несоответ- ствие)	Сәйкессіздіктер- дің орын алған уақыты мен жері (Место и время возникновения несоответствия)	Сәйкес- сіздік- тің себе- бі (Причи- на несо- ответ- ствия)	Түзету іс- қимылы (Коррек- тирую- щие дей- ствия)	Өткі- зу мерзі- мі (Сро- ки про- веде- ния)	Жүргізуге жауапты (Ответ- ственный за прове- дение)	Орын- далуы туралы белгі (Отмет- ка о вы- полне- нии)	Қабылданған іс-қимылдар- ды талдау және бағалау (Анализ и оценка пред- принятых дей- ствий)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Бөлім- ше (ка- бинет) атауы (Назва- ние отделе- ния (кабине- та))	Шамның орнатыл- ған күні (Дата установ- ки лам- пы)	Қосу уақы- ты, сағ. (Время включе- ния, час)	Өшіру уақыты, сағ. (Время выключе- ния, час)	Жұмыс істеген уақыты, сағ. (Количество от- работанного времени, час)	Шамның қалдық жану ұзақтығы, сағ (Оставшаяся продолжитель- ность горения лампы, час)	Жауапты қыз- меткердің қо- лы (Подпись от- ветственного персонала)	Ес- керт- пе (При- меча- ние)
1	2	3	4	5	6	7	8

Приложение 154
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
154- қосымша

Приложение 154
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 154/е нысанды медициналық құ- жаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 154/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Тоңазыту жабдығының, тоңазыту және мұздату бөлмелерінің немесе
камераларының температуралық режимін есепке алу журналы
Журнал учета температурного режима холодильного оборудования,
холодильных и морозильных комнат или камер**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Кү- ні (Да- та)	Термометр көр- сеткіштері (Показания тер- мометра)		Өңдеу күні (Дата обра- ботки)	Жауапты қызмет- кердің қолы (Подпись ответ- ственного работни- ка)	Ескертпе (тоңазыту жабдығының электр энергиясының өшірілгені, ерітілгені, ақаулары туралы белгілер) (Примечание (отметки об отключении электроэнергии, разморажива- нии, неисправности холодильного оборудования))
	Таңер- тең (утром)	Кеш- ке (ве- че- ром)			
1	2	3	4	5	6

Приложение 155
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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 нысаны медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 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 Регистрацион- ный номер	Кү- ні Да- та	Үй-жайдың атауы Название по- мещения	Жүргізу уақыты Часы про- ведения	Дез.құралдардың уақыт экспозициясы Время экспозиции дез. средств	Кварцтау уақыты Время кварцева- ния	Жауапты Ответственный за проведение	Ес- кертпе Приме- чание
1	2	3	4	5	6	7	8

Приложение 156
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
156- қосымша

Приложение 156
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген №156/е нысаны медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 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.)

Таблица

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні дата	"А" сыныбы* (м3) класс "А"*(м3)		"Б" сыныбы \класс "Б"			
				Биологиялық/ анатомиялық қалдықтар (кг) Биологические/ анатомические отходы (кг)			
		Пайда болды образовано	Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)	Пайда болды образовано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)
					Өртеу арқылы сжиганием	Өртемеу әдістерімен не сжигающими методами	
1	2	3	4	5	6	7	8
"Б" класс класс "Б"							
Өткір, үшкір қалдықтар (кг) Острые, колющие отходы (кг)				Өзге де (кг) Прочие (кг)			
Пайда болды образовано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратқан) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)	Пайда болды образовано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)
	Өртеу арқылы сжиганием	Өртемеу әдістерімен не сжигающими методами			Өртеу арқылы сжиганием	Өртемеу әдістерімен не сжигающими методами	
9	10	11	12	13	14	15	16

*"А" сыныбы қалдықтарының пайда болу көлемі тоқсан сайын, жарты жылдықтың және жылдың қорытындысы бойынша, ТҚҚ қалдықтарын әкетуге арналған жүкқұжатына сәйкес толтырылады

* показатели объемов образования отходов класса "А" заполняются ежеквартально, по итогам полугодия и года, согласно накладным на вывоз отходов ТБО

Кестенің жалғасы продолжение таблицы

"В" сыныбы класс "В"											
Биологиялық/ анатомиялық қалдықтар (кг) Биологические/ анатомические отходы (кг)				Өткір, үшкір қалдықтар (кг) Острые, колющие отходы (кг)				Өзге де (кг) Прочие (кг)			
Пай- да бол- ды об- ра- зо- вано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты)		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)	Пай- да бол- ды об- ра- зо- вано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты)		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)	Пай- да бол- ды об- ра- зо- вано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты)		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)
	Өртеу арқылы сжиганием	Өртеу әдістерімен не сжиганием методами			Өртеу арқылы сжиганием	Өртеу әдістерімен не сжиганием методами			Өртеу арқылы сжиганием	Өртеу әдістерімен не сжиганием методами	
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28

Кестенің жалғасы продолжение таблицы

"Г" сыныбы класс "Г"							"Д" сыныбы (кг) Класс "Д" (кг)	
Құрамында сынап бар заттар (дана) Ртутьсодержащие предме- ты (шт)		Сұйық (л), қатты (кг) дәрілік заттар Лекарственные средства жидкие (л), твердые (кг)			Өзге де (кг) Прочие (кг)			
Пай- да бол- ды об- ра- зо- ва- но	Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді	Пай- да бол- ды об- ра- зо- ва- но	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты)	Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді	Пай- да бол- ды об- ра- зо- ва- но	Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді	Пай- да бол- ды об- ра- зо- ва- но	Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді
	Передано сторонникам на обезвреживание (утилизацию)		Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения					
			Өр- теу					Передано сторонни- кам на обез- вреживание

			ар- қы- лы сжи- га- ни- ем	Өртемеу әдістері- мен не сжигаю- щими ме- тодами					(утилиза- цию)
29	30	31	32	33	34	35	36	37	38

Ескертпе.

Күн сайын есепке алу нысаны электрондық түрде xls (Microsoft Excel)
форматында толтырылады.

Примечание.

Форма ежедневного учетазаполняется в электронном виде, в формате xls
(Microsoft Excel).

Приложение 157
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
157- қосымша

Приложение 157
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген №157/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 157/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__

Өнім берушілер мен олар жеткізетін өнімді есепке алу, бағалау журналы

Журнал учета, оценки поставщиков и поставляемой ими продукции

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регист- рацион- ный номер	Тол- тыры- лған күні Дата запол- нения	Өнім бе- рушінің атауы На- именова- ние по- ставщика	Сатып алына- тын өнімнің атауы Наиме- нование закупа- емой продук- ции	Өті- нім № және күні № и дата заявки	Ба- ға- сы, тең- ге Це- на, тең- ге	Өнім берушімен жұмыс істеу кезінде жақсарту серпіні Динамика на улучшение при работе поставщиком	Ке- піл- дік Га- ран- тии	Са- па- сы Ка- че- ство	Жеткі- зудің сенім- ділігі На- дежно- сть по- ставок	Таң- дау нәти- жесі Ре- зуль- тат вы- бора
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Приложение 158
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
158- қосымша

Приложение 158
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген №158/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 158/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Иондаушы сәулелену көздерін пайдаланатын шаруашылық жүргізуші субъектілерді және радиоактивті заттардың қозғалысын есепке алу журналы

Журнал учета хозяйствующих субъектов, использующих источники ионизирующего излучения и движения радиоактивных веществ

1. Объектілер тізімі/Список объектов

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Шаруашылық жүргізуші субъектінің атауы Наименование хозяйствующего субъекта	Объектінің мекенжайы Адрес объекта	Министрлік (ведомство) Министерство (ведомство)	Радияциялық қауіпсіздікке жауапты адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) және телефоны Фамилия, имя, отчество (при его наличии) контактный телефон ответственного за радиационную безопасность
1	2	3	4	5

2. Жұмыс парақтары әр объектіге ашылады/ Рабочие листы заводятся на каждый объект

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Изотоптың атауы Наименование изотопа	Алғашқы белсенділі, өлшеу мерзімі (Кюри, /а) Начальная активность, дата измерения	Төлқұжаты бойынша көздің нөмірі Номер источника по паспорту	Контейнердің нөмірі (радиоизотоптық аспаптар үшін) Номер контейнера (для радиоизотопных приборов)	Түскен күні Дата поступления	Қызмет ету мерзімі(қай жылға дейін) Срок службы (до какого года)	Қайда берілгені немесе көмілгені туралы белгі Отметка о передаче или захоронении	Ескертпе Примечание
6	7	8	9	10	11	12	13	14

Тіркеу нөмірі Регист- рацион- ный номер	Күні, айы, жы- лы Дата	Шаруашылық субъекті- сінің, ұйымның атауы Наименование хозяй- ствующего субъекта, организации	"А" тобы персона- лының Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О (при его на- личии), персонала группы "А"	Дозиметрдің (кассета- ның) нөмірі Номер дози- метра (кас- сеты)	Құрал- дың көр- сеткіште- рі Показа- ния при- бора	Қайта есептеу ко- эффициен- ті Коэффици- ент пере- счета	Мөл- шер, мЗв До- за, мЗв	Дози- мет- ри- стің Қолы Под- пись дози- мет- риста
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Приложение 160
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
160- қосымша

Приложение 160
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 160/е нысанды медициналық құ- жаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 160/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

**Полимеразды-тізбекті реакция (ПТР) әдісімен генетикалық түрлендірілген
объектілердің (ГТО) болуына шикізат пен тамақ өнімдерінің үлгілерін
зерттеулерді тіркеу және олардың нәтижелерін беру журналы**

Журнал регистрации образцов и выдачи результатов исследования сырья и пищевых продуктов на содержание генетически модифицированных объектов (ГМО) методом полимеразно-цепной реакций (ПЦР)

Басталды (Начат) «___» _____ 20___ ж.(г.)

Аяқталды (Окончен) «___» _____ 20___ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Тір- кеу нөмірі (Регис- тра- цион- ный но- мер)	Күні (дата)			Үлгі атауы, са- ны, көлемі, алынған орын (Наименование образца, количе- ство, объем, ме- сто отбора)	Зерт- теу әдісі (Ме- тод ис- сле- до- ва- ния)	Зерттеу нәтижесі Результат иссле- дования		Зерттеу аяқталған күн, зерттеуді жүргізген адамның лауызымы, Т. А.Ә. (ол болған жағдайда), және қолы (Дата окончания исследования, должность, Ф:И.О (при его нали- чии), и подпись лица, проводивше- го исследование)	Нәти- же беріл- ген күні (Дата выда- чи ре- зульт- тата)
	Үл- гі- лер- ді алу (От- бо- ра об- раз- цов)	Зертха- наға түсу (По- ступле- ния в лабора- торию)	Зерт- те- удің ба- ста- луы (На- чала ис- сле- дова- ния)			Сапа- лық көр- сеткіш (Каче- ствен- ный пока- за- тель)	Сан- дық көрсет- кіш (Коли- че- ствен- ный показа- тель)		
1	2	3	4	5	7	8	9	10	11

Приложение 161
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
161- қосымша

Приложение 161
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 161/е нысанды медициналық құ- жаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 161/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Москит имаголары санының маусымдық серпінін есепке алу журналы
Журнал учета сезонной динамики численности имаго москитов

_____ облысы
(области),

(в районе)

ауданындағы елді мекеннің атауы (наименование населенного пункта)

20 ж. (г.)

Есептеу тәсілі (үй-жайларда жабысқақ бетте, 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 (далее-СМ) численность)											Орташа маусымдық көрсеткіш Среднесезонный показатель	
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь				
1	2	3	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ	
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

* Әрбір он күндікті 2 кіші бағанға бөлеміз: алымында - москиттердің барлық саны, бөлгішінде - 1 жабысқақ беттегі немесе 1 ұстағыштағы

Ескертпе: есепке алу үй-жайлар типі бойынша жүргізіледі (тұрғын, шаруашылық, мал тұратын), ашық табиғатта

*Каждую декаду делим на две подграфы: в числителе – всего москитов, в знаменателе – на 1 липкий лист или на 1 ловушку.

Примечание: учет проводится по типам помещений (жилые, хозяйственные, скотные), в открытой природе

Приложение 162
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
162- қосымша

Приложение 162
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» мамырдағы №__ бұйрығымен бекітілген № 162/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 162/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « » ____ 20 ____ года № _____

**Аумақтардағы барлап зерттеп-қарау нәтижелері бойынша кене энцефалитін
тасымалдаушы иксод кенелердің санын есепке алу журналы**

**Журнал учета численности иксодовых клещей-переносчиков клещевого
энцефалита по результатам рекогносцировочных обследований на
территориях
_____ облысы (области) _____ ауданы (района)**

Ауданның, ландшафты-климаттық аймақтың атауы, маршруттың нөмірі (Наименование района, ландшафтно-климатической зоны, номер маршрута)	Тексеру күні (Дата обследования)	Тексеру көлемі, км-мен (Объем обследования в км)	Ашық аумақтарды тексеру (Обследование открытых территорий)		Малды тексеру (Обследование скота)			
			Тексерілген аумақтың өсімдік жамылғысынан жиналған кенелер (Собрано клещей с растительного покрова обследованной территории)	Оның ішінде түрлік тиесілігі бойынша (В том числе, по видовой принадлежности)	Қаралған ірі қара мал (Осмотрено крупного рогатого скота)	Оның ішінде кене басқан мал (ІҚМ және ҰМ) (В том числе заклещеванного скота (КРС и МРС))	Жиналған кенелер (Собрано клещей)	Оның ішінде түрлік тиесілігі бойынша (В том числе, по видовой принадлежности)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Барлық жиналған кенелер (Всего собрано клещей)	Оның ішінде түрлік тиесілігі бойынша (В том числе, по видовой принадлежности)	Зертханаға зерттеуге жіберілген кенелер (Түтікшелер саны, әр түтікшеде қанша дана, GPS - детектер CE, ШБ) (Направлено клещей на исследование в лабораторию (Количество пробирок, Сколько штук в каждой пробирке, GPS-данные СИ, ВД))	Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)	
			Патогенді агенттер бөлінді (Выделены патогенные агенты)	Оң партиялардың пайызы (Процент положительных партий)
10	11	12	13	14

Приложение 163
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
163- қосымша

Приложение 163
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» мамырдағы №__ бұйрығымен бекітілген № 163/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 163/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « » ____ 20 ____ года № _____

**Қансорғыш буынаяқтылардың дернәсілдерімен және имагосымен күрес
бойынша жұмыстарды есепке алу журналы**

**Журнал учета работ по борьбе с личинками и имаго кровососущих
членистоногих**

Елді мекеннің атауы (Наименование населенного пункта)

облысы (области)

ауданы (в районе)

Өңдеу орны (су қоймасы) (Место обработки (водоем))	Өңдеуге дейінгі тексеру күні (Дата обследования до обработки)	Өңдеуге дейінгі буынаяқтылардың саны (түрі, есепке алу бірлігі) (Численность членистоногих до обработки (вид, единица учета))	Өңдеуге көрсетілімдер (Показания к обработке)	Өңдеу күні (Дата обработки)	Препараттың атауы, мөлшері, улардың шығысы (Наименование препарата, дозировка, расход ядов)	Өңделген алаң (Обработанная площадь)	Тиімділікті бақылау (Контроль эффективности)			
		Дернәсілдер (Личинки)	Имаго				Өңдеуден кейінгі тексеру күні (Дата обследования после обработки)	Өңдеуден кейінгі саны (түрі, есепке алу бірлігі) (Численность после обработки (вид, единица учета))		Тиімділік пайызы (Процент эффективности)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Приложение 164
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

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 ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 164/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан 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 населен- ного пункта, объект	Үй- жай- дың тү- рі Тип по- меще- ния	Есепке алу кү- ні Дата учета	Есепке алу тәсілі, үлгілердің саны, есеп бірлігі Способ учета, количество об- разцов, единица учета	Ауланған жәндіктер саны Количество вылов- ленных насекомых	Орта көр- сеткіш Средний показатель	Ес- керт- пе При- меча- ние
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

Приложение 165
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
165- қосымша

Приложение 165
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №165/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 165/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Анофелес дәрнәсілдері санының маусымдық серпінін тіркеу журналы
Журнал регистрации сезонной динамики численности личинок Анофелес

Елді мекеннің атауы (Наименование населенного пункта)

облысы (области) _____ ауданында (районе)

Масаның түрі (Вид комара)

есептеу әдісі (метод учета)

күні (дата) « _____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

Су қоймасы (Водоем)	Он күндік* және орташа айлық (бұдан әрі – ОА) саны (Подекадная* и 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)												Маусым дық орташа көрсеткіш (Среднесезонный показатель)
Шілде (Июль)				Тамыз (Август)				Қыркүйек (Сентябрь)				
1	2	3	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ	
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

* Әрбір онкүндікті 2 кіші бағанға бөлеміз: алымында – барлық дернәсілдер, бөлгішінде – бір сынамаға келетін саны; Бір м² су бетіне келетін санды қайта есептеуді зертханалық жағдайда жедел талдау мен материалды жинақтау барысында жүргізу керек.

*Каждую декаду делим на две подграфы: в числителе – всего личинок, в знаменателе – численность на одну пробу; Перерасчет численности на один м² водной поверхности осуществлять в лабораторных условиях при оперативном анализе и обобщении материала.

Приложение 166
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
166- қосымша

Приложение 166
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №166/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 166/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Қансорғыш буынаяқтылардың түрлік құрамын зерделеу нәтижелерін тіркеу
журналы**

**Журнал регистрации результатов изучения видового состава кровососущих
членистоногих**

(в) _____ ауданында (районе), _____ облысында (области)

Елді мекеннің атауы Наименование населенного пункта	Буынаяқтылар түрінің атауы мен олардың даму фазалары Наименование вида членистоногого и фазы его развития	Түрі мен айы бойынша жиналған түрлерінің саны Численность собранных экземпляров по видам и месяцам						Барлық жиналғаны Всего собрано	
		IV	V	VI	VII	VIII	IX	Абсолюттік санмен В абсолютных числах	Ортақ саннан алынған пайызбен В процентах от общего числа
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Приложение 167
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
167- қосымша

Приложение 167
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №167/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 167/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Жәндіктер мен кенелердің шағуына (шабуылына) байланысты жүгінген
адамдарды тіркеу журналы
Журнал регистрации обратившихся с укусами (нападением) насекомых и
клещей**

Басталуы (Начат) _____ 20 ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) _____ 20 ж. (г.)

Тір- кеу нө- мірі	ЕПМ- де кене шағу жағ- дайы- ның тір- кел- ген күні	Тегі, аты, әкесі- нің аты (ол болған жағ- дайда), Фами- лия, имя, отче- ство (при его на- ли- чий),	Ту- ған күні Да- та рожд- де- ния	Ауыл- дық округ- тің, ел- ді ме- кеннің, учаске- нің ата- уы Наиме- нова- ние сель- ского округа, насе- ленно- го пунк- та, участка	Үй ме- кен- жайы До- маш- ний адрес	Жұ- мыс, оку орны, бала- лар ұйы- мы- ның атауы Место рабо- ты, уче- бы, на- имено- вание дет- ской орга- низа- ции	Кенелердің ша- буыл жасау ау- мағы, орны ((ашық аумақ- та, мал үй-жай- ында, жайы- лымда, аула ау- мағында)) Территория, место нападе- ния клещей (на открытой тоер- ритории, скот- ное помеще- ние, пастбище, на территории двора)	дене- де кене- ні та- бу және оны алу күні дата обна- ру- же- ния кле- ща на теле и его сня- тия	кенені зерт- хана- ға жет- кізу және кенені зерт- теу кү- ні до- ставка клеща в лабо- рато- рию и дата иссле- дова- ния клеща	Тек- серу нәти- жесі Ре- зульт- тат Об- сле- дова- ния	кене- лер- дің түр- лері, жы- нысы Видо- вая и поло- вая при- над- леж- ность кле- щей	Орын- дау- шы- ның колы, тегі, әкесі- нің аты (ол болған жағ- дай- да), Фами- лия, имя, отче- ство (при его на- ли- чий), долж- ность испол- нителя
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Приложение 168
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
168- қосымша

Приложение 168
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №168/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 168/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Тамақ өнімдерінің үлгісін тіркеу және (жоғары дәлдіктегі жабдықта) зерттеу
нәтижелерін беру журналы**

**Журнал регистрации образца и выдачи результатов исследований пищевых
продуктов
(на высокоточном оборудовании)**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тір- кеу нөмірі (Регис- тра- цион- ный но- мер)	Сы- на- ма алу күні (Да- та от- бо- ра об- раз- ца)	Сы- на- ма- ның түс- кен күні (Да- та по- ступ- ле- ния)	Хатта- маның толты- рылған күні (Дата состав- ления прото- кола)	Сынама алу орны, ұйым- ның мекен- жайы және атауы (Место отбо- ра, адрес и на- именование организации)	Үлгі- нің ата- уы На- име- нова- ние об- разца	Физика- лық-хи- миялық көрсеткі- штер (Физико- химиче- ские по- казатели)	Анық- талған шоғыр- лану (Обна- ружен- ная концен- трация)	Өнім- нің НҚ бойын- ша норма- сы (Нор- ма по НД на про- дукт)	Анық- тау әдісіне арнал- ған НҚ (НД на ме- тод опре- деле- ния)	Зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А. Ә. (ол болған жағ- дайда) (Ф.И.О (при его на- личии),, подпись лица проводивше- го исследование)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Приложение 169
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
169- қосымша

Приложение 169
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 169/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 169/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Дайын тағамдардың үлгілерін және рациондардың құнарлылығын зерттеу
нәтижелерін тіркеу журналы**

**Журнал регистрации образцов и результатов исследования готовых блюд,
рационов на калорийность**

Аяқталуы (Окончен) « » 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні Дата		Үлгі алынған объектінің атауы (Наименование объекта, где взят образец)	Тағамдардың атауы (Наименование блюд)	Порция салмағы (Вес порции)		Салмағы Вес		
	Дайындалған (Выработка)	Түскен (Поступление)			Салынуы бойынша (По раскладке)	Іс жүзінде (Фактически)	Тығыз бөлігі (Плотной части)	Ет, балық (Мясо, рыба)	Гарнир (Гарнира)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Химиялық құрамы (грамм) (Химический состав) (грамм)											
Құрғақ заттар (Сухие вещества)			Ақуыздар және көмірсулар (Белки и углеводы)			Бөлек (Раздельно)					
Тарату мәзірі бойын- ша (По ме- ню рас- кладке)	Ең аз рұқсат етілген (Мини- мально допусти- мые)	Іс жүзін- де (Фак- тиче- ски)	Тарату мәзірі бойын- ша (По ме- ню рас- кладке)	Ең аз рұқсат етілген (Мини- мально допусти- мые)	Іс жүзін- де (Фак- тиче- ски)	Ақуыздар (Белки)			Көмірсулар (Углеводы)		
						Тарату мәзірі бойын- ша (По ме- ню рас- кладке)	Ең аз рұқсат етілген (Мини- мально допусти- мые)	Іс жүзін- де (Фак- тиче- ски)	Тара- ту мә- зірі бой- ынша (По менно рас- клад- ке)	Ең аз рұқсат етілген (Мини- мально допу- стимые)	Іс жүзін- де (Фак- тиче- ски)
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

[illegible]



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 04.09.2026
Сактау күні 15.09.2026
Дата редакции 04.09.2026
Дата скачивания 15.09.2026

23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Приложение 170
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
170- қосымша

Приложение 170
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 170/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 170/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

**Жер үсті су объектілері суының және сарқынды сулардың үлгілерін зерттеу
нәтижелерін есепке алу журналы**

**Журнал учета результатов исследования образцов воды поверхностных
водных объектов и сточных вод**

Басталуы (Начат) « ____ » _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) « ____ » _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зертханалық нөмірі Лабораторный номер	Нәтиже берілген күн Дата выдачи результата	Үлгі алынған оры н және мекен-жай Место отбора пробы и адрес	Температу-расы оС Температу-ра оС		Иісі Запах			Тү-стілігі, гра-дуспен Цвет-ность в гра-дусах	Түсі (си-паттау) Цвет (опи-сать)
				Ауа-ның Воз-духа	Су-дың Во-ды	Қарқын-дылығы баллмен Интен-сив-ность в баллах	Сипа-ты (си-паттау) Харак-тер (опи-сать)	Араластыру кезіндегі жо-ғалу шегі Порог исчез-новения при разведении		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Түсінің жоға-лу шегі (ара-ластырғанда) Порог исчез-новения цве-та (при разве-дении)	Лай, тұнба (си-паттау) Муть, осадок (опи-сать)	Лай-лы-лығы Мут-ность мг/л	Мөл-дірлі-гі, см Про-зрач-ность в см	Қал-қып жүр-ген қо-спалар Плава-ющие приме-си	Қал-қыма-лы заттар мг/дм3 Взве-шен-ные веще-ства	рН	Ерітіл-ген от-тегі мг /дм ³ Раство-ренный кисло-род мг /дм3	ОБТ БПК – 5 мгО2 /дм3	ОБТ БПК – 20 мгО2 /дм3	Перман-ганатты тотығу-шылық мг/л Окисле-мость перман-ганатная мг/л	ХПК мг О2 /дм3	Жал-пы қат-ты-лық мг-экв./л (Об-щая жест-кость)
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Жалпы минералдау (құр-ғақ қалдық) (Общая ми-нерализация (сухой оста-ток)), мг/л	Те-мір, мг/л (Же-лезо)	Хло-ридтер, мг/л (Хлори-ды)	Суль-фаттар, мг/л (Сульфа-ты)	Мұнай өнімдері, мг /л (Нефте-продукты)	Азот			Хром, мг/л		Фтор
					Ам-ми-а-ка, мг /л	Нитрит-тердің (нитри-тов), мг /л	Нитрат-тардың (Нитра-тов), мг/л	Cr3+	Cr6+	
25	27	28	29	30	31	32	33	35	36	37

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

	ББЗ, мг/л (ПАВ)		Бор, мг/л		По-ли-фос-	Фе-нол, мг/л	Крем-ний диок-	Фор-маль-де-		Зерттеулер са-ны/Количество исследований	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә.
--	-----------------	--	-----------	--	------------	--------------	----------------	--------------	--	--	----------------------------------

Мар- га- нец, мг/л		Алю- ми- ний, мг/л		Мо- либ- ден, мг/л	фат, мг/л		сид, мг /л	гид, мг/л	Басқа заттар (Другие вещества)		(ол болған жағ- дайда)/ Ф.И.О. (при его наличии) проводившего ис- следования
38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49

Приложение 171
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
171- қосымша

Приложение 171
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 171/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 171/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Орталықтандырылған және орталықтандырылмаған сумен жабдықтаудың
ауыз су үлгілерін зерттеу нәтижелерін есепке алу журналы**

**Журнал учета результатов исследования образцов питьевой воды
централизованного и нецентрализованного водоснабжения**

[illegible]

Бен(а)пи- рен, мг/л	Цианид, мг/л	Калий, мг/л	Натрий, мг/л	Барий, мг/л	Кальций, мг/л	Магний, мг/л	Гидрокарбо- наттар (Гидрокарбо- наты)	Сілтілік (Щелоч- ность)	СБАЗ (СПАВ)
46	47	48	49	50	51	52	53	54	55

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Жергілікті жағдайларға тән ерекше заттар, мг/л Специфические веще- ства, характерные для местных условий	Үлгіде жүргізілген зерттеулер саны (Количество исследо- ваний, проведенных в образце)	Зерттеу нәтиже- лері берілген күн (Дата выдачи ре- зультатов иссле- дований)	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), колы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись лица, прово- дившего 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.)

Приложение 172
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
172- қосымша

Приложение 172
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ № ____бұйрығымен бекітілген № 172/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 172/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____года № _____

Топырақ үлгілерін және зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы
Журнал регистрации образцов и результатов исследования почвы

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы(Окончен) " __ " _____ 20 ж. (г.)

Үлгіні тіркеу нөмірі Регистрационный номер образца		Күні Дата		Үлгі алынған орын, мекен-жайы Место отбора образца, адрес	Анықталатын көрсеткіштердің атауы Наименование определяемых показателей	
		Үлгі алынған Отбора образца	Зертхана-ға жеткізу Доставки в лабораторию		Ылғалдылығы % Влажность %	Жалпы азот % Общий азот %
1		2	3	4	5	6
Анықталатын көрсеткіштердің атауы Наименование определяемых показателей						
азот мг/кг			Органика-лық көмір-тек органиче-ский угле-род	Хлоридтер мг /кг Хлориды	Фто-ридтер мг/кг Фтори-ды	Күшәла мг/кг Мышьяк
Нитриттер Нитриты	Нит-рат-тар Нит-раты	Аммонийлі Аммонийный				Қорғасын, (мг /кг) Свинец (мг/кг)
7	8	9	10	11	12	13
Анықталатын көрсеткіштердің атауы Наименование определяемых показателей						Ес-керт-пе При-ме-ча-ние
Сы-нап мг/кг Ртуть	Мұнай өнімдерімг /кг Нефте-про-дукты	Синтетикалық үстің-гі белсенді заттар (СБАЗ)мг/кг Синтетические по-верхностно-актив-ные вещества (СПАВ)	Осы өңірге тән көрсеткіштер Показатели характерные для данного региона			Зерттеу жүр-гізген адам-ныңқолы, Т. А.Ә. (ол болған жағ-дайда) Ф.И.О. (при его наличии), подпись ли-ца, проводив-шего иссле-дование
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)

Приложение 173
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
173- қосымша

Приложение 173
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ № ____бұйрығымен бекітілген № 173/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 173/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____года № _____

**Елді мекендердің атмосфералық ауа үлгілерін алуды және зерттеуді тіркеу
журналы**

**Журнал регистрации отбора и исследования образца атмосферного воздуха
населенных мест**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Үлгі алынған күн Дата отбора	Үлгі алынған уақыт Время отбора	Елді-мекеннің атауы Наименование населенного пункта	Метеорологиялық жағдайлар Метеорологические условия						Ластану көзі және ластану көзінен және үлгі алу орны арасындағы қашықтық Источник загрязнения и расстояние от источника загрязнения и места отбора	Анықталатын заттар Определяемые вещества
				Атмосфералық қысым Атмосферное давление	Ауаның температурасы Температура воздуха		Салыстырмалы ылғалдылығы Относительная влажность	Жел Ветер			
					Құрғақ Сухого	Ылғалды Влажного		Бағыты Направление	Жылдамдығы Скорость		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Анықталған бір реттік ең жоғары концентрация мг/м ³ Обнаруженная максимальная концентрация мг/м ³	Шекті рұқсат етілген концентрация (ШРК), Ең жоғарғы бір реттік мг/м ³ Предельно-допустимая концентрация (ПДК), максимально-разовая мг/м ³	Анықталған орташа тәуліктік концентрация мг/м ³ Обнаруженная средняя-суточная концентрация мг/м ³	Орташа тәуліктік ШРК мг/м ³ ПДК среднесуточная мг/м ³	Іріктеу уақыты (сағ., мин) Время отбора (час, мин)			Зерттеу жүргізуге негіз болған нормативтік құжаттама Нормативная документация, согласно которой проводилось исследование	Зерттеу нәтижелері берілген күн Дата выдачи результатов исследования	зерттеу жүргізген адамның Т. А.Ә. (ол болған жағдайда), колы Ф.И.О. (при его наличии), подпись проводившего исследование
				Басталуы Начало	Аяқталуы Конец	Аспирация жылдамдығы, л/минутпен Скорость аспирации, в л/мин			
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Ескертпе: Ауа үлгісіне реттік бірегей зертханалық (тіркеу) нөмір беріледі, сорғыштар мен сүзгілер ауа үлгісін зерттеу хаттамаларында осы нөмір арқылы тіркеледі.

Примечание: Образцу воздуха придается порядковый единый лабораторный (регистрационный) номер, под которым регистрируются поглотители и фильтры в протоколах исследования образца воздуха.

Приложение 174
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
174- қосымша

Приложение 174
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ № ____бұйрығымен бекітілген № 174/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 174/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____года № _____

**Жабық үй-жайлардың және жұмыс аймағының ауа үлгісін және оны зерттеу
нәтижелерін беруді тіркеу журналы**

**Журнал регистрации образца и выдачи результатов исследования воздуха
закрытых помещений и рабочей зоны**

Басталуы (Начат) «__»_____20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__»_____20__ ж. (г.)

Тір- кеу нө- мірі (Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер)	Нөмірлері (Номера)		Алу күні (Да- та от- бо- ра)	Тек- серілетін объекті- нің атауы (Наиме- нование обсле- дую- мого объ- екта)	Метеорологиялық жағдайлар (Метеорологические условия)					Арақашық- тық м, см (Расстояние в м, см)		Үлгі алу уа- қыты (Время отбо- ра образца)	
	Сіңір- гіштер- дің, сүз- гілер- дің (Погло- тите- лей, филь- тров)	Эскиз бойын- ша алу нүкте- лері- нің (Точек отбора по эс- кизу)			Ат- мо- сфе- ра- лық қы- сым (Ат- мо- сфер- ное дав- ле- ние)	Ауа ның қозға- лу жыл- дамды- ғы (Ско- рость движе- ния возду- ха)	Ауа ның темпера- турасы (Температура воздуха)		Салыс- тыр- малы ылғал- дылық Отно- си- тель- ная влаж- ность	Еден нен (От По- ла)	Лас тану көзі- нен (От ис- точ- ни- ка за- гряз- не- ния)	Ба- ста- луы (На- ча- ло)	Аяқта- луы (Окон- чание)
							Құр- ғақ (Су- хо- го)	Ылғал- ды Влаж- ного					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Аспира- ция жыл- дамдығы л/минутпен (Скорость аспирации л/мин)	Анықталатын көрсеткіштің, зат ин- гредиентінің атауы, мг/м ³ (Наименование определяемого по- казателя, ингредиента вещества в мг/м ³)	Зерттеу нәтижелері мг/м ³ (Результаты исследования в мг/м ³)		Зерттеу әдістемесі (Методика исследо- вания)	Зерттеу жүргізген адамның Т. А.Ә. (ол болған жағдайда), колы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись проводившего ис- следование)
		Анықталған шоғырлану (Обнаружен- ная концен- трация)	РЕШШ, ӘБ- ҚД және басқалары (ПДК, ОБУВ и дру- гие)		
15	16	17	18	19	20

Приложение 175
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
175- қосымша

Приложение 175
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №175/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 175/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Дезинфекциялау құралдарының үлгілерін және оларды зерттеу нәтижелерін
(әсер ететін заттың болуы)
беруді тіркеу журналы**

Журнал регистрации образцов и выдачи результатов исследований дезинфицирующих средств (содержание действующего вещества)

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тір- кеу нө- мірі Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер	Күні және уақыты Дата и вре- мя		Үлгі- нің ата- уы, Үлгі- нің шо- ғыр- ла- нуы Са- ны, келе- мі На- име- нова- ние об- раз- ца, Кон- цен- тра- ция об- раз- ца Ко- личе- ство, объ- ем	Үл- гіні ал- ған орын /Ме- сто отбо- ра об- разца	Зерт- теу мақ- са- ты/ Цель ис- сле- дова- ния	Үлгі- ні НҚ- ға сәй- кесті- гіне зерт- теу/ Ис- сле- дова- ния об- разца на со- от- вет- ствие НД	Бақы- лау штам- дары- ның ата- уы/ На- име- нова- ние кон- троль- ных штам- мов	Заттар- дың агре- гат- тық күйі /Агре- гатное состо- яние ве- ществ	Зерттеу барысы Ход исследования				Зерт- теу нәти- же- сі/ Ре- зульт- таты ис- сле- дова- ния	Зерт- теу жүргіз- ген адам- ның қолы, Т.А.Ә. (ол болған жағ- дай- да), Ф. И.О. (при его на- ли- чии), под- пись лица, прово- дивше- го ис- следо- вание
	Үл- гі алу От- бо- ра об- раз- ца	Зерт- ха- наға түсу По- ступ- ле- ния в ла- бо- ратори- ю							Нақ- ты шо- ғыр- ла- ну/ Фак- ти- че- ская кон- цен- тра- ция	Әсер- етуші заттың құра- мы/Со- держа- ние дей- ствую- щего веще- ства	Экс- по- зи- ция- сы/ Экс- по- зи- ция	Нор- ма- ла- на- тын көр- сет- кіш/ Нор- ми- руе- мый по- ка- за- тель		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Приложение 176
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » 2026 года №

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
176- қосымша

Приложение 176
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ КР ДСМ-84

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №176/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 176/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № ____

Токсикологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации токсикологических исследований

Басталуы (Начат) " " 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " 20 ж. (г.)

--	--	--	--	--	--	--	--

Тіреу нөмірі Регистрат- сионный номер	Заттың атауы, оның құрамы, үл- гінің алынған ор- ны Наименование ве- щества, его со- став, место отбора	Зерттеліне- тін мөлшер (концентра- ция) Исследуемая доза (концен- трация)	Жануарлардың сипаттамасы Характеристика животных				Зерт- те- удің ба- ста- луы Нача- ло ис- сле- дова- ния	Зерт- теу ба- ры- сы Ход ис- сле- до- ва- ния	Зерт- те- удің аякта- луы Окон- чание иссле- дова- ния	Зерттеу жүргізген адамның қолы Т.А. Ә. (ол болған жағ- дайда), Ф.И.О. (при его на- личии), подпись проводившего ис- следование
			Тү- рі Вид	Сал- ма- ғы Вес	Топ- тық белгі Групп- по- вая метка	Жеке белгі Инди- виду- аль- ная метка				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Приложение 177
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
177- қосымша

Приложение 177
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №177/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 177/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

Азық-түлік емес өнімдер мен шикізат үлгісін зерттеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации исследования образца непродовольственной продукции
и сырьё

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Үлгіге токсикологиялық зерттеулер тіркелетін реттік бірыңғай
зертханалық (тіркеу) нөмірі беріледі (Образцу придается порядковый единый
лабораторный (регистрационный) номер, под которым регистрируются
токсикологические исследования)

Тір- кеу нө- мірі (Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер)	Күні (Дата)		Үлгіні алу орны, ұй- ымның атауы, оның ведомстволық тиесі- лігі (Место отбора, на- именование органи- зации, его ведом- ственная принад- лежность)	Бұй- ым- ның ата- уы (На- име- но- ва- ние из- де- лия)	Зерттеу негіз- ге алынып жүргізілген НҚ (НД в соот- ветствии с которой про- водилось ис- следование)	Зерттеу нәтижелері (Результаты исследова- ния)			Зерттеу жүргізген адамның қолы (Подпись лица, про- водивше- го иссле- дование)	Зерттеу нәтижелерін алған адам- ның қолы Подпись ли- ца, получив- шего резуль- таты иссле- дования
	Тал- да- удың ба- ста- луы (На- чало ана- лиза)	Талда- удың аяқта- луы (Окон- чания анали- за)				Көр- сет- кіш ата- уы (На- име- нова- ние пока- зате- ля)	Анық- тал- ған шо- ғыр- лан- дыру (Об- нару- жен- ная кон- цен- тра- ция)	Рұқ- сат етіл- ген шо- ғыр- лану (До- пу- сти- мая кон- цен- тра- ция)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Приложение 178
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
178- қосымша

Приложение 178
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №178/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 178/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Тамақ өнімдерінің және қоршаған орта объектілерінің үлгілерін
пестицидтердің,
пестицидтердің әсер етуші заттарының және минералдық
тыңайтқыштардың қалдық мөлшеріне зерттеу
нәтижелерін тіркеу және есепке алу журналы**

**Журнал регистрации образца и учета результатов исследования продуктов
питания и
объектов окружающей среды на остаточное количество пестицидов,
действующих веществ пестицидов и минеральных удобрений**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Тір- кеу нө- мірі	Үл- гі- нің ата- уы	Үлгі алын- ған күн Дата отбо- ра об- разца	Тал- дау жүр- гізі- л- ген күн Да- та про- ве- де- ния ана- лиза	Үлгі алын- ған орын, аудан Ме- сто отбо- ра об- раз- ца, райо- ны	Үл- гі- нің сал- ма- ғы мен кө- лемі Вес и объ- ем об- раз- ца	Зерт- теле- тін пе- сти- цид- тер Ис- сле- дую- е пе- сти- ци- ды	Минерал- ды тыңайт- қыштар- дың көрсеткіш- тері Пока- затели ми- неральных удобрений	Тал- дау- лар саны Ко- ли- че- ство ана- ли- зов	Анықталған пе- стицидтер, мг/кг Минералды ты- ңайтқыштардың көрсеткіштері Обнаруженное содержание пока- зателей пестици- дов и минераль- ных удобрений	ШРК мг/кг, МРЕД, мг/кг ПДК мг/кг, МДУ мг/кг	НҚ НД	Зерттеу жүргіз- ген адам- ның ко- лы тегі, аты, әке- сінің аты (ол болған жағдай- да) Фами- лия, имя, от- чество (при его наличии), подпись лица, прово- дившего исследо- вание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Приложение 179
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
179- қосымша

Приложение 179
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №179/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 179/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Жарықтандыруды өлшеуді және зерттеу нәтижелерін беруді тіркеу журналы
Журнал регистрации измерений и выдачи результатов исследований
освещенности

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) « ____ » _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (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

Приложение 180
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
180- қосымша

Приложение 180
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №180/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 180/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Шуды, дыбыс оқшаулануын, инфрадыбысты, ультрадыбыстарды және
дірілді өлшеуді тіркеу журналы**

**Журнал регистрации измерений шума, звукоизоляции, инфразвука,
ультразвука и вибрации**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регист- рацион- ный номер	Күні айы, жылы Дата, ме- сяц, год	Шаруашылық жүр- гізкіш субъектінің, ұйымның атауы Наименование хо- зяйствующего субъекта, организа- ции	Цех, бөлім, үй-жай Цех, от- деление, помеще- ние	Өлшеулер саны							
				Количество замеров							
				Шу (Шум)		Дыбыс окшау- лануы (Звукоизоляция)		Инфрадыбыс (Инфразвук)		Ультрады- быс (Уль- тразвук)	
Барлы- ғы /Все- го	ШРК- дан жо- ғары Выше ПДУ	Бар- лы- ғы /Все- го	ШРК- дан жоға- ры Вы- ше ПДУ	Бар- лы- ғы Все- го	ШРК- дан жоға- ры Вы- ше ПДУ	Бар- лы- ғы Все- го	Рау- алы шегі Вы- ше ПДУ				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Діріл (Вибрация)				Қолданылған құралдардың атауы Наименование использованных приборов	Өлшеулер жүргізген мамандардың Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) және қолы Ф.И.О. (при его наличии) и подпись специалистов проводившихизмерения				Хаттама алған адамның қолы Подпись лица, получившего протокол		
Өлшеулер саны Количество замеров											
Жалпы Общая		Жергілікті Локальная									
Барлығы Всего	ШРК-дан жоғары Выше ПДУ	Барлығы Всего	ШРК-дан жоғары Выше ПДУ								
13	14	15	16								

Приложение 181
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
181- қосымша

Приложение 181
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №181/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 181/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Электрмагниттік өрісті (ЭМӨ), инфрақызыл, ультракүлгін және лазерлік сәулеленуді өлшеуді тіркеу журналы

Журнал регистрации измерений электромагнитного поля (ЭМП), инфракрасного, ультрафиолетового и лазерного излучений

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г.)

Тір- кеу нө- мірі (Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер)	Кү- ні (Да- та)	Обь- екті- нің ата- уы (На- име- но- ва- ние объ- екта)	Цех, бөлім (Цех, от- дел)	Жұ- мыс орын- дары- ның саны (Ко- личе- ство рабо- чих мест)	ЭМӨ кернеуілігі			Қаркындылық: инфра- қызыл; ультракүлгін; лазерлік сәулелену; өн- дірістік жиіліктің ЭМӨ кернеуілігі (50Гц) Интенсивность: инфра- красного; ультрафиоле- тового; лазерного излу- чения; напряженность ЭМП промышленной частоты 50Гц) Вт/м2, Дж/м2,, кВ/м	Энер- гия ағысы- ның тығы- здығы Вт /м2, МкВт /см 2 Плот- ность пото- ка энер- гии Вт /м2, МкВт /см 2	Қол- да- ныл- ған құ- рал- дар- дың ата- уы На- име- нова- ние ис- поль- зо- ван- ных при- бо- ров	Өлшеу жүргізген мамандар- дың тегі, аты, әкесі- нің аты (ол болған жағдайда). Фамилия, имя, отче- ство (при его нали- чии) специ- алистов, проводив- ших изме- рение
					Напряженность ЭМП						
					Элек- трлік құрау- шысы бой- ынша, кВ/м, В/м (По элек- триче- ской со- став- ляю- щей, кВ/м, В/м)	Маг- ниттік құрау- шысы бой- ынша А/м, мкТл (По маг- нит- ной со- став- ляю- щей А /м, мкТл)	Элек- тро- стати- калық өріс кВ/м, Элек- тро- стати- че- ское поле кВ/м				
					Өл- шен- ген са- ны /РЕ- ШД, Изме- рен- ное коли- чество /ПДУ	Өл- шен- ген са- ны /РЕ- ШД, Изме- рен- ное коли- че- ство /ПДУ	Өлше- неген саны /РЕ- ШД, Изме- рен- ное коли- чество /ПДУ				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Приложение 182
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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 Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №182/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 182у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Радиоактивтілікті зерттеуге түсетін үлгілерді және оларды зерттеу
нәтижелерін тіркеу журналы**
**Журнал регистрации образцов, поступающих на исследование
радиоактивности и результатов их исследования**

Басталды (Начато) «__» _____ 20__ ж (г)

Аяқталды (Окончено) « ____ » _____ 20__ ж (г)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Түскен күні (Дата поступления)	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Алынған орны мен уақыты (Место и время отбора)	Үлгінің көлемі (салмағы) (Объем (вес) образца)	Қаптаманың сипаттамасы (Характеристика упаковки)	Зерттеу мақсаты (Цель исследования)	Үлгіні қабылдаған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) принявшего образца)
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)									Дәрігер-зертханашының Т. А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) врача- лаборанта)
Жиынтық альфа- белсенділік (Суммарная альфа-активность)	Жиынтық бета- белсенділік (Суммарная бета- активность)	Ra- 226	Th -232	K- 40	Cs- 137	Sr- 90	Pb- 210	Басқа изотоп- тар (Дру- гие изо- топы)	
9	10	11	12	13	14	15	16	17	

Тіркеу нөмірі (Регистраци- онный номер)	Тіркеу журналы бойынша нөмірі (Номер по журна- лу регистрации)	Талдау жүр- гізілген күн (Дата прове- дения анали- за)	Үлгінің ата- уы (Наименова- ние образца)	Зерттелген үлгінің масса- сы (көлемі), (кг, л) (Масса (объем) исследо- ванной образца (кг, л))	Есептік үлгі- нің массасы (м) (Масса счетно- го образца (м))	Есептеу уақыты (с) (Время счета (с))
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Құралдың көрсеткіштері (Показания прибора)				Ко- эф- фи- ци- ент Eff a	Ко- эф- фи- ци- ент Eff в	Ко- эф- фи- ци- ент Ktr	Альфа – ак- тивті- лік Альфа - ак- тив- ность	Бета- ак- тивті- лік Бета- ак- тив- ность
Альфа – каналы бойынша фонның есебі (Счет фона по альфа – каналу)	Бета- ка- налы бой- ынша фонның есебі (Счет фо- на по бе- та- кана- лу)	Альфа – каналы бойынша фонын алып тастағанда үл- гінің есебі (Счет образца с вычетом фона по альфа каналу)	Бета – каналы бойынша фонын алып тастағанда үл- гінің есебі (Счет образца с вычетом фона по бета- каналу)					
8	9	10	11	12	13	14	15	16

Тір- кеу нө- мірі (Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер)	Талдау жүр- гізілген күн (Дата про- ведения анализов)		Үл- гі- нің ата- уы (На- име- но- ва- ние об- раз- ца)	Зерт- те- летін көр- сеткі- ш- тер- дің тіз- бесі (Пе- ре- чень ис- сле- дую- мых пока- зате- лей)	Анық- тау әдісіне НҚ (НД на ме- тод опре- деле- ния)	Зерт- те- летін үлгі- нің сал- мағы (Вес ис- сле- дую- мой об- раз- ца)	Тө- се- ніш сал- ма- ғы (Вес под- лож- ки)	Та- су- шы- ның шы- ғы (в) (Вы- ход но- си- те- ля (в))	Ыды- рау- ға бай- ла- ны- сты түзе- ту (По- прав- ка на рас- пад)	Қон- дыр- ғының сезгіш- тігі (Чув- стви- тель- ность уста- новки)	Фон- мен бірге үлгіні есеп- теу жыл- дамды- ғы (Ско- рость счета пробы с фо- ном)	Фон- ды есеп- теу жыл- дамды- ғы (Ско- рость счета фона)	Үлгі- нің бел- сен- ділігі (Ак- тив- ность про- бы)	НҚ бой- ын- ша нор- ма- тив (Нор- ма- тив по НД)
	Ба- ста- луы (На- ча- ло)	Аяқ- та- луы (Ко- нец)												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Приложение 185
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
185- қосымша

Приложение 185
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 185/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 185/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Радиациялық бақылауды және зерттеулерді тіркеу журналы Журнал регистрации радиационного контроля и исследований

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж. (г).

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г).

Тіркеу нөмірі	Объектінің атауы, мекенжайы	Өлшеулер жүргізілетін орын	Өлшеулер	Дозаның өлшенген қуаты (мкЗв/час, н/сек)
---------------	-----------------------------	----------------------------	----------	---

(Регистрационный номер)	(Наименование объекта, адрес)	(Место проведения замеров)	мақсаты (Цель измерения)	Жергілікті жердің табиғи гамма-фонның ЕТТД-сы (мкЗв/сағ) (МЭД естественного гамма-фона местности (мкЗв/ч))	(Измеренная мощность дозы (мкЗв/час, н/сек)) Еденнен (жерден) биіктікте (На высоте от пола (грунта))		
					1,5м	1м	0,1м
1	2	3	4	5	6	7	8
ЕТТД өлшеулерінің жалпы саны (Общее количество замеров МЭД)	Ауадағы радонның өлшенген, тең салмақты, баламалы, көлемді белсенділігі (Бк/м ³) (Равновесная, эквивалентная, объемная активность радона в воздухе (Бк/м ³)) Топырақ бетінен алынған радон ағымының өлшенген тығыздығы (мБк/ш.м.·сек) (Измеренная плотность потока радона с поверхности грунта (мБк/м ² ·сек))	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		

Приложение 186
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
186- қосымша

Приложение 186
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №186/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма №186/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Жергілікті жердің гамма-фонын тіркеу журналы Журнал регистрации гамма-фона местности

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж. (г).

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г).

--	--	--	--



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 04.09.2026
Сактау күні 15.09.2026
Дата редакции 04.09.2026
Дата скачивания 15.09.2026

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

Приложение 187
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
187- қосымша

Приложение 187
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген № 187 /е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма №187/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____года № _____

Адамдардан алынған материал үлгілерін тіркеу журналы
Журнал регистрации образцов материала от людей

Басталды (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Тіркеу нөмірі (Регист- раци- онный номер)	Күні, уақыты (Дата, время)		Үлгі- ні жі- бер- ген ұйым (Орга- низа- ция, напра- вив- шая обра- зец)	Үлгі- нің ата- уы (На- имено- вание образ- ца)	Тексерілетін адамның Т.А.Ә. (ол болған жағ- дайда) (Ф.И.О. (при его наличии) обследуемого)	Жа- сы (Воз- раст)	Тұр- ғы- лық- ты ме- кен- жайы (Адрес про- жива- ния)	Жұ- мыс орны, лауа- зымы (Ме- сто ра- боты, долж- ность)	Диагноз, тексеріп қарау есе- лігі (Диагноз, кратность обследо- вания)	Зерт- теу мақ- саты (Цель иссле- дова- ния)
	Үл- гі- лер алу (От- бо- ра об- раз- ца)	Зертхана- ға түсу (Поступ- ления в лаборато- рию)								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Ауыр- ған күні Да- та забо- левания	Күні дата			Зерттеу нәтижесі Результат исследо- вания	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы Фамилия имя отчество (при его наличии), должность лица, проводившего ис- следование
	Зерттеудің басталған Начала ис- следования	Зерттеудің аяқталған Окончания исследования	Нәтижелер- дің берілген Выдачи ре- зультатов		
12	13	14	15	16	17

Приложение 188
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
188- қосымша

Приложение 188
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №188/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма №188/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №__

Ішек инфекциялары тобын микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований на кишечную
группу инфекций

Басталды (Начат) «_____» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) «_____» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая
нормативная

документация (далее – НД)):

1.

2.

Күні (Дата)	Реттік нөмірі (Порядковый номер)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Тығыз орталарға тікелей себу (Прямой посев наплотные среды)		Байыту ортасынан себінді алу (Высев со среды обогашения)	(Микроскопия)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Сәйкестендіруге арналған тесттер (Тесты для идентификации)												
Лак-тоза	Глюкоза	Күкірт сутек (Сероводород)	Уреаза	Индол	Қозғалғыштығы (Подвижность)	Маннит	Сахароза	Симонсцитраты (Цитрат Симонса)	Кристенсцитраты (Цитрат Кристенса)	Ацетат	Фенилаланин	Лизин
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Глицерин	Малонат	Дульцит	Сорбит	Арабиноза	Ксилоза	Рамноза	Рафиноза	Трегалоза	Мальтоза	Штерн сорпасы	Жалған ағар
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Сәйкестендіруге арналған тесттер (Тесты для идентификации)								Антигенді құрылым /Антигенная структура	ФАГ	Агглютинация реакциясы (Реакция агглютинации)	Зерттеу нәтижесі /Результат исследования	Зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Дата окончания исследования Ф.И.О (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование)
Фогес-Проскауэр реакциясы (Реакция Фогес-Проскауэра)	Метилкызылымен реакция (Реакция с метиловым красным)	Нитраттардың қалпына келуі (Восстановление нитратов)	Аргинин	Орнитин	Инозит	Адонит	Несепнәр					



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 04.09.2026
Сактау күні 15.09.2026
Дата редакции 04.09.2026
Дата скачивания 15.09.2026

										на- ции)		
35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47

Приложение 189
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
189- қосымша

Приложение 189
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ № бұйрығымен бекітілген №189/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 189/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____года № _____

Стафилококқа микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы Журнал регистрации микробиологических исследований на стафилококк

Басталды (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая
нормативная

документация (далее – НД)):

1.

2.

Зерттеу жүргізілген күн (Дата проведения исследования)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)	Жасы (Возраст)	Жұмыс орны, үй мекенжайы (Место работы, домашний адрес)	Үлгіні жіберген ұйым (Организация направившая образец)	Тығыз қоректену ортасында өсуі (Рост наплотных питательных средах)		Микроскопия
						КА	ЖСА	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)								Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)	Зерттеу аяқталған күн, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись проводившего исследование)
Гемоглилиз	Лецитиназа	Катализа	Пигмент	Плазмокоагулаза	Глицерин	Маннит	Үлпектің түзілуі (Хлопьеобразование)		
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Приложение 190
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
190- қосымша

Приложение 190
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 190/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 190/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____года № _____

Дифтерияға микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований на дифтерию

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20____ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НҚ) (Используемая нормативная

документация (далее - НД))

1.

2.

Күні (Дата)	Реттік нөмірі (Поряд- ковый номер)	Тіркеу нөмірі (Регис- трационный нө- мер)	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), обследуемого)	Жа- сы (Воз- раст)	Жұмыс орны, үй мекенжайы (Место рабо- ты, домашний адрес)	Үлгіні жіберген ұйым (Организация, направившая об- разец)	Диа- гноз
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Қоректену ортасы, өсу сипаты (Питатель- ная среда, характер ро- ста)	Мик- ро- скоп- пен зерт- теу (Мик- роско- пия)	Глю- коза	Са- ха- ро- за	Крах- мал	Уре- аза	Ци- сти- на- за	Токсигендік қасиеттер Токсигенные свойства			Зерт- теу нәти- же- лері (Ре- зультаты ис- сле- дова- ния)	Зертеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазы- мы және қолы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), долж- ность и подпись лица, про- водившего исследование)
							24 са- ғат- тан кейін Элек тесті (Тест Элека через 24 ча- сов)	48 са- ғат- тан кейін Элек тесті (Тест Элека через 48 ча- сов)	ПТР әдісі (Ме- тод ПЦР)		
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Приложение 191
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
191- қосымша

Приложение 191
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 191/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 191/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

Кенелердің, жәндіктердің түрлік тиістілігін анықтауды тіркеу журналы
Журнал регистрации определения видовой принадлежности клещей,
насекомых

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж. (г.)



Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Жиналған кенелер Собрано клещей		
	Барлығы Всего	Кенелердің түрі Виды клещей	Тексерілген қорлар саны Число обследованных пулов
1	2	3	4

Приложение 192
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
192- қосымша

Приложение 192
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 192/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 192/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № ____

**Көкжөтел мен көкжөтелге ұқсас ауруларды микробиологиялық зерттеулерді
тіркеу журналы**

**Журнал регистрации микробиологических исследований на коклюш и
паракоклюш**

Басталуы (Начат) «___» _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «___» _____ 20___ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НҚ) (Используемая
нормативная

документация (далее - НД)):

1.

2.

Күні (Дата)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), обследуемого)	Жасы (Возраст)	Жұмыс немесе оқу орны, үйінің мекенжайы (Место работы или учебы, домашний адрес)	Дифференциялық ор- таларда өсуі (Рост на дифференци- альных средах)		
					72 сағ (ч)	96 сағ (ч)	120 сағ (ч)
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Мик- ро- скоп- пен зерт- теу (Мик- ро- ско- пия)	Уре- аза	Қара- пай- ым агар- дағы өсуі (Рост на про- стом Ага- ре)	Тира- зинді ЕПА- да өсуі (Рост на МПА с Тира- зи- ном)	Қоз- ғалғы- штығы (По- движ- ность)	Цит- ратты кеде- ге жа- рату (Ути- лиза- ция цит- рата)	ПТР әдісі (ПЦР ме- тод)	Материал- ды жібер- ген ұйым (Органи- зация, на- правив- шая мате- риал)	Ди- а- гно- зы	Пиг- мент	Ман- нит	Зерт- теу нәти- жесі (Ре- зультат ис- сле- дова- ния)	Зерттеудің аяқтал- ған күні, зерттеу жүргізген адам- ның тегі, аты, әке- сінің аты (ол болған жағдайда) және қолы (Дата окончания исследования, фа- милия, имя, отче- ство (при его на- личии) и подпись проводившего ис- следование)
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Приложение 193
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
193- қосымша

Приложение 193
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №193/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 193/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №_____

Менингококкқа микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы

Журнал регистрации микробиологических исследований на менингококк

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

[illegible]



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 04.09.2026
Сактау күні 15.09.2026
Дата редакции 04.09.2026
Дата скачивания 15.09.2026

15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Приложение 194
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 194/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 194/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Тамақ өнімдерінің үлгілерін микробиологиялық зерттеулерді тіркеу
журналы**
**Журнал регистрации микробиологических исследований образцов пищевых
продуктов**

Басталуы (Начат) « ____ » _____ 20 ____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) «__»____20__ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НК)(Используемая нормативная

документация (далее - НД)):

1.

2.

Сына- малар нөмірі (Номера проб)	Тіркеу нө- мірі (Регистра- ционный номер)	Күні, уақыты (Дата, время)			Үлгінің атауы, алынған ор- ны, алған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Наименование образца, ме- сто отбора Ф.И.О (при его наличии) отобравше- го образца)	МАШАнМС (КМАФАНМ)		
		Алу (От- бо- ра)	Зертханаға түсу (Поступле- ния в лабо- раторию)	Зертте- удің ба- сталған күні (Начало исследо- вания)		Себіле- тін кө- лемдер (Засева- емые объе- мы)	Өскен коло- ниялар саны (Количество выросших колоний)	Жалпы тұқымда- лу (Общая обсемен- нен- ность)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы(Продолжение таблицы)

Ішек таяқшалары тобындағы бактериялар (ІТТБ) және E.coli (Бактерии группы кишечных палочек (БГКП) и E.coli)						
Себілетін көлем (Засеваемый объем)	Жинақтау ортасында өсуі (Рост на средах накопле- ния)	Эндо ортасында өсуі (Рост на среде Эндо)	Микроскопия	Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)		
				Оксидаза	Глюкоза	Симонса
10	11	12	13	14	15	16

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Патогенді энтеробактерияларға, оның ішінде сальмонеллаларға зерттеу (Исследование на патогенные энтеробактерии, в том числе сальмонеллы)											
Жинақтау ортала- рындағы себілетін көлем (Засеваемый объем на среды накопле- ния)	Тығыз орталарда өсуі (Рост на плотных средах)	Мик- ро- ско- пия	Ок- си- да- за	Лак- тоза	Глю- коза	Күкіртсу- тек (Серо- водород)	Уре- аза	Қоз- ғалғы- штығы (По- движ- ность)	Ин- до л	Цит- ратты кәдеге жарату (Ути- лиза- ция цитра- та)	Лизин- де- карбок- силаза
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

--	--	--

		Стафлакококка зерттеу (Исследование на стафилококк)											
ФАГ	Аг-глю-ти-на-ция	Тікелей себу/ Пря-мой посев		Байыту ортасынан қайта себу/Ввысев со среды обогоще-ния		Мик-ро-ско-пия	Плаз-мо-коа-гуля-ция	Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)					
								Ле-ци-ти-на-за	РПК	Маннит		Гли-це-рин	Тер-мо-тұ-рақ-ты нук-леаза (Тер-мо-ста-биль-ная нук-ле-аза)
		Аэроб-ты жағ-дай-ларда (В аэроб-ных усло-виях)	Анаэ-роб-ты жағ-дай-ларда (В анаэ-роб-ных усло-виях)										
29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Зерттеу: (Исследование на:)			
Enterobacter-sakazakii	Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)	Анаэробтар / (Анаэробы)	Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)
43	44	45	46

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Зерттеу: (Исследование на:)									
Proteus	Сәй-кестен-діру те-сттері (Тесты иденти-фика-ции)	Ашытқы, зең (Дрож-жи, пле-сень)	Сәй-кестен-діру те-сттері (Тесты иденти-фика-ции)	Сульфитреду-циялаушы кло-стридиялар (Сульфитреду-цирующие кло-стридии)	Сәй-кестен-діру те-сттері (Тесты иденти-фика-ции)	V. paraaemolyticus	Сәй-кестен-діру тестте-рі (Те-сты иден-тифи-кации)	Спора-лық аэробтар (Споро-вые аэро-бы)	Сәй-кестен-діру тестте-рі (Те-сты иден-тифи-кации)
47	48	49	50	51	52	53	54	55	56

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Зерттеу: (Исследование на:)							
Enterococcus	Сәй-кестен-діру те-сттері (Тесты иденти-фика-ции)	Сүт қыш-қылды мик-роорга-низмдері (Молочно-кислые мик-роorganiz-мы)	Сәй-кестен-діру те-сттері (Тесты иденти-фика-ции)	L. monocytogenes	Сәй-кестен-діру тестте-рі (Те-сты иден-иссле-	Зерт-теу нәти-жесі (Ре-зуль-тат иссле-	Зерттеу аяқталған күн, зерттеу жүргіз-ген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы. (Дата окончания исследования, фами-лия, имя, отчество (при его наличии), подпись лица, проводившего исследо-вание)



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 04.09.2026
Сактау күні 15.09.2026
Дата редакции 04.09.2026
Дата скачивания 15.09.2026

					тифи- кации)	дова- ния)	
57	58	59	60	61	62	63	64

Приложение 195
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
195- қосымша

Приложение 195
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 195/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 195/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Су үлгілерінің микробиологиялық зерттеулерін тіркеу журналы

Журнал регистрации микробиологических исследований образцов воды

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 _____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 _____ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая
нормативная

документация (далее – НД)):

1.

2.

Күні (Дата)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні, уақыты (Дата, время)			Үлгі алынған орын, объект (Объект, место отбора образца)	Зерттеу мақсаты (Цель исследования)	МЖС (микробтардың жалпы саны) (ОМЧ (общее микробное число))	
		Алу (Отбора)	Зертханаға түсу (Поступления в лабораторию)	Зерттеудің басталуы (Начало исследования)			Себілетін көлем (Засеваемый объем)	Өскен колониялар саны (Количество выросших колоний)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Колиформды бактерияларға зерттеу (Исследования на колиформные бактерии)							Коли-фагтар (Коли-фаги)				Сульфит редуциялаушы кlostридиялар (Сульфитредуцирующие кlostридии)		Мик- ро- ско- пия
Себі- летін көлем (Засе- вае- мый объ- ем)	ЛПС- да өсуі (Рост на ЛПС)	Эндо орта- сын- да өсу (Рост на среде Эндо)	Мик- ро- ско- пия	Ок- си- даза- лы тест (Ок- си- даз- ный тест)	37-С кезін- дегі лакто- за (Лак- тоза при 37-С)	44С кезін- дегі лакто- за (Лак- тоза при 44С)	Тіке- лей себу (Пря- мой по- сев)	ТТБЖБ мөлше- рі (Коли- чество БОЕ)	Байыту ортасын- да себу көлемі (Засевае- мый объ- ем в среде обогаще- ния)	ТТБ – ның бо- луы (На- ли- чие БОЕ)	Се- біле- тін кө- лем (За- се- вае- мый объ- ем)	Виль- сон- Блер орта- сын- да өсу (Рост на среде Виль- сон- Блер)	
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Стафилококка зерттеу: (Исследование на стафилококк)				Ps.aeruginosa зерттеу (Исследования на Ps.aeruginosa)			
Себілетін көлем	Тығыз ортада өсу	Микроскопия	Коагуляция плазмасы	Себілетін көлем	Тығыз орталарда өсу	Микроскопия	Оксидазалы тест

(Засеваемый объем)	(Рост на плот- ных средах)		Плазма коагу- ляция	(Засеваемый объем)	(Рост на плот- ных средах)		(Оксидаз- ный тест)
24	25	26	27	28	29	30	31

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Патогенді энтеробактерияларға зерттеу (Исследование на патогенные энтеробактерии)									
Себілетін кө- лемдер (Засеваемый объем)	Тығыз орталар- да өсу (Рост на плот- ных средах)	Микро- скопия	Окси- даза	Лак- тоза	Глю- коза	Күкіртсу- тегі (Серowo- дород)	Уре- аза	Қозғалғы- штығы (Подвиж- ность)	Цитратты кәдеге жарату (Утилизация цит- рата)
32	33	34	35	36	37	38	39	40	41

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Патогенді энтеробактерияларға зерттеу (Исследование на патогенные энтеробактерии)									Зерттеу нәтижесі (Резуль- тат ис- следова- ния)	Зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағ- дайда), қолы (Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись лица, про- водившего исследование)
Ман- нит	Рам- ноза	Ра- фи- но- за	Маль- тоза	Дуль- цит	Кси- лоза	Ли- зин	Ар- ги- нин	Ор- ни- тин		
42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52

Приложение 196
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
196- қосымша

Приложение 196
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №196/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 196/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года №_____

Топырақ үлгілерінің микробиологиялық зерттеулерін тіркеу журналы

Журнал регистрации микробиологических исследований образцов почвы

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20____ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая
нормативная

документация (далее – НД)):

1.

2.

Күні (Дата)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгінің атауы, алынған орны (Наименование образца, место отбора)	Коли-титрді анықтау (Определение коли-титра)					Cl.perfringens титрін анықтау (Определение титра Cl.perfringens)		
			Себіле- тін кө- лемдер (Засева- емые объемы)	Эндо орта- сында өсу сипаты (Характер роста на Эндо)	Мик- ро- ско- пия	Ок- си- да- за	Глю- коза- дағы газ (Газ в глю- козе)	Себіле- тін кө- лемдер (Засева- емые объемы)	Вильсон-Блер ортасында өсу сипаты (Характер ро- ста на среде Вильсон-Блер)	Мик- ро- ско- пия
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Жылусүйгіш микроорганизмдерді анықтау (Выявление термофильных микроорганизмов)	Басқа зерттеулер (Другие исследова- ния)	Себу көлемі (Засеваемые объе- мы)	Тығыз орталарда өсу (Рост на плотных средах)	Микроско- пия
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)									
Микроско- пия	Оксида- за	Күкіртсутек (Сероводод- род)	Уре- аза	Лакто- за	Глюкозада- ғы газ (Газ в глю- козе)	Ин- дол	Симонс цитра- ты (Цитрат Си- монса)	Қозғалғы- штығы (Подвиж- ность)	Сахаро- за
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)								Зерт- теу нәти- жесі (Ре- зуль- тат ис- следо- вания)	Талдау аяқталған күні, зерттеу жүргіз- ген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы және қолы (Дата окончания анализа, фамилия имя отчество (при его наличии), должность и подпись лица, проводившего иссле- дование)
Натрий ацетаты (Ацетат натрия)	Фенил- аланин- дезами- наза	Ли- зин	Фогес- Проскау- эр реак- циясы (Реакция Фогес- Проскау- эра)	Нитрат- тар- дың қал- пына ке- луі (Восста- новление нитратов)	Ар- ги- нин	Ор- ни- тин	Рам- ноза		
35	36	37	38	39	40	41	42	43	44

Приложение 197
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
197- қосымша

Приложение 197
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №197/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 197/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года №_____

Шайындылардың микробиологиялық зерттеулерін тіркеу журналы Журнал регистрации микробиологических исследований смывов

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі Регист- рацион- ный номер	Күні Да- та	Ны- сан- ның атауы Наиме- нова- ние объек- та	Шай- ынды алын- ған орын Место взятия смыва	Стафилококқа тексеру Исследование на стафилококк							ІТТБ-на (ішек таяқшалары то- бының бактерияларына) тек- серу Исследование на БГКП (бак- терии группы кишечной па- лочки)			
				Орта- лар- дың атауы На- име- нова- ние сред	Ұқсастыруға арналған тесттер Тесты для идентификации						Ор- та- лар- дың ата- уы На- име- но- ва- ние сред	Сәйкестендіру тестте- рі Тесты для дентифика- ции		
					Ор- тада өсуі Рост на сре- де	Ле- ци- ти- на- за	Мик- ро- ско- пия	Плаз- мако- агу- лаза	Ман- нит	Маль- тоза		Ор- тада өсуі Рост на сре- де	Тығ- ы- зор- тада өсуі Рост на плот- ных сре- дах	Мик- ро- ско- пия
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Кестенің жалғасы/Продолжение таблицы

Басқа микроорганизмдерге зерттеу Исследование на другие микроорганизмы								Зерттеу нәтижелері Результаты исследования					Зерттеудің аяқталғанкүні, айы, жылызерттеу жүргізген адамның қолы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при его наличии) и подпись лица,про- водившего исследования	
Орталар-дың атауы Наимено- вание сред	Сәйкестендіру тесттері Тесты для идентификации													
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	

Приложение 198
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
198- қосымша

Приложение 198
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 198/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 198/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2021 года № ____

Ауа үлгілерінің микробиологиялық зерттеулерін тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований образцов воздуха

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ____ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Тіркеу нөмірі (Регист- рацион- ный номер)	Үлгі алу күні, уа- қыты (Дата, время отбора образца)	Үлгі алын- ған ұйым, орын (Организа- ция, место отбора об- разца)	Үлгі алын- ған жер (Ме- сто от- бора об- разца)	МЖС-ын (микробтың жалпы санын) зерттеу: (Исследование на ОМЧ (общее микроб- ное число))		Стафилококка зерттеу: (Исследование на стафилококки):				
				Экспози- циясы, жыл- дамдығы (Экспози- ция, ско- рость) Жіберіл- ген ауа- ның көле- мі (Объем про- пущенного воздуха)	Колони- ялардың жалпы саны (Общее число коло- ний)	Экспозициясы, жылдамдығы Жі- берілген ауаның көлемі (Экспозиция, ско- рость) (Объем пропущен- ного воздуха)	Колони- ялардың жалпы саны (Общее число коло- ний)	Ле- ци- ти- на- за	Мик- ро- ско- пия	Плаз- ма- коа- гуля- ция
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Зенге зерттеу: (Исследование на плесень)		Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)			Зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Дата окончания исследования, фамилия, имя, отче- ство (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование)
Экспозициясы, жыл- дамдығы (Экспозиция, скорость) Жіберілген ауаның кө- лемі (Объем пропущенного воздуха)	Колониялар- дың жалпы саны (Общее чис- ло колоний)	1 м3 микроорганизмдер саны (Количество микроорганиз- мов в 1 м3)			
		Жал- пы (Об- щее)	Алтын тү- стес стафи- лококк (Золоти- стый ста- филококк)	Зең (Пле- сень)	
12	13	14	15	16	17

Приложение 199
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
199- қосымша

Приложение 199
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 199/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 199/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Дәрілік (дәріханалық) нысандардың микробиологиялық зерттеулерін тіркеу журналы

Журнал регистрации микробиологических исследований лекарственных (аптечных) форм

Басталуы (Начат) «__»_____20__ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) «__»_____20__ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая
нормативная

документация (далее – НД)):

1.

2.

Тір- кеу нө- мірі ((Ре- гис- тра- ци- он- ный но- мер)	Кү- ні (Да- та)	Үлгі алынған ұй- ым, орын (Орга- низаци, место взя- тия образца)	Үлгінің атауы, ыдысы, қаптамасы, таңбалануы, үлгілер саны (Наименование об- разца, тара, упаков- ка, маркировка, чис- ло образцов)	Зерттеу: (Исследование на:)							
				КМАФАнМ		Enterobacteriaceae			E.coli		
				Се- бу кө- лемі (За- сева- е- мый объ- ем)	Өскен колония- лардың саны (Количе- ство вы- росших колоний)	Се- бу кө- лемі (За- сева- е- мый объ- ем)	Орта- да өсу сипа- ты (Ха- рак- тер роста на среде)	мик- ро- ско- пия	Се- бу кө- лемі (За- се- вае- мый объ- ем)	Ор- тада өсу си- паты (Ха- рак- тер ро- ста на сре- де)	Мик- ро- ско- пия
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Зерттеу: (Исследование на:)														Зерт- теу нәти- жесі (Ре- зультат иссле- дова- ния)	З
S.aureus		Ps.aeruginosa		Зең және ашытқы саңы- рауқұлақтары (Плесневые и дрожже- вые грибки)			Анаэробтар (Анаэробы)			Аэробтар (Аэробы)			Эндо ток- син- дер (Эндо токси- ны)		
Се- бу кө- лемі (За- се- вае- мый объ- ем)	Ор- та- да өсу си- па- ты (Ха- рак- тер	Себу кө- лемі Засевае- мый объ- ем	Ор- та- да өсу си- па- ты (Ха- рак- тер	Ок- си- даз- ды тест (Ок- си- даз- ный тест)	Се- бу кө- лемі (За- се- вае- мый объ- ем)	Ор- та- да өсу си- па- ты (Ха- рак- тер	Се- бу кө- лемі (За- се- вае- мый объ- ем)	Жи- налу орта- сын- да өсуі (Рост на сре- дах	Мик- ро- ско- пия	Се- бу кө- лемі (За- се- вае- мый объ- ем)	Жи- налу орта- сын- да өсуі (Рост на сре- дах	Мик- ро- ско- пия	(Экс- пресс- тест үшін препа- рат- тың нөмі- рі мен серия-		

	ро- ста на сре- де)		ро- ста на сре- де)			ро- ста на сре- де)		на- коп- ле- ния)			на- коп- ле- ния)		сы, бақы- лау, нәти- же) (Но- мер и серия препа- рата для экс- пресс- теста, кон- троль, ре- зульт- тат)		д д у м ж қ (о ч и д н ф л и о с (е л ч д н и п л п д г с. в.
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	

Приложение 200
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
200- қосымша

Приложение 200
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 200/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 200/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Стерильділікке микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы Журнал регистрации микробиологических исследований на стерильность

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні дата	Үлгі алынған орын, ұйым Организация, место взятия образца	Үлгіні өңдеу және себу жүргізілген күн, Обработка образца и дата посева	Зерттеу: / Исследование на:				
				Анаэробтар Анаэробы		Аэробтар Аэробы		
				Қоректену орталарындағы өсу сипаты Характер роста на питательных средах	Морфология Морфология	Қоректену орталарындағы өсу сипаты Характер роста на питательных средах	Морфология Морфология	
1	3	4	5	6	7	8	9	
Зең және ашытқы саңырауқұлақтары Плесневые и дрожжевые грибки			Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), және қолы Дата окончания исследования. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и подпись лица, проводившего исследование				
Қоректену орталарындағы өсу сипаты Характер роста на питательных средах		Морфология Морфология						
10		11	12	13				

Приложение 201
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
201- қосымша

Приложение 201
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 201/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 201/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Жұқпалы материалдар қозғалысын есепке алу журналы
Журнал учета движения заразного материала

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі Регист- рацион- ный номер	Күні Да- та	Зерттеу түрі (үлгілер мен Өсірінділердің атауы) Вид исследова- ния (наимено- вание образ- цов, культур)	Түскен үлгі- лер мен Өсі- рінділердің саны Количество поступив- ших образ- цов, культур	Себінділер саны Количество посевов				Түрлері бойынша ауруды жұқтырған жануарлар саны Количество зараженных жи- вотных по видам				Дәрі- гер- бакте- рио- лог- тың қо- лы Под- пись врача- бакте- рио ло- га
				Күн ба- ста- лар ал- дын- да К на- чалу дня	Себіл- ді Посе- яно	Жой- ыл- ды Уни- что- жено	Күн- нің со- ңы- на қа- рай К кон- цу дня	Күн ба- ста- лар ал- дын- да К на- ча- лу дня	Жұқ- тыр- ғаны За- ра- жено	Өл- гені неме- се жой- ылға- ны По- гиб- ло или уни- что- жено	Күн- нің со- ңы- на қа- рай К кон- цу дня	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Рет- тік нөмі- рі (По- ряд- ко- вый но- мер)	Штамм- ның нө- мірі (Номер штам- ма)	Өсірінділердің латын тран- скрипция сында- ғы атауы (Наименование культуры в ла- тинской тран- скрипции)	Бөлі- ну күні (Да- та вы- де- ле- ния)	Бөлі- ну көзі (Ис- точ- ник выде- ле- ния)	Үлгі алынған мекен- жай және күні (Адрес и дата взятия образца)	Бөлі- ну әдісі (Спо- соб вы- деле- ния)	Штамм- ның типтілі- гі * (Типич- ность штам- ма)*	Штамм- ның биотипі (Био- тип штам- ма)	Штамм- ның та- рихы** (Судь- ба штам- ма)**	Жою күні, зерт- теу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағ- дайда), қолы (Дата уничтоже- ния Ф.И.О (при его наличии), подпись прово- дившего иссле- дование)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

* - атиптік болса, белгілердің көрсетіңіз (при атипичности указать признаки).

** - жойылу, күні, акт №; мұражайға, коллекцияға, орталыққа және т. б. берілді, күні (уничтожение, дата, № акта; передан в музей, коллекцию, центр и так далее, дата)

I-II топтағы өсірінділер үшін жойылған немесе сақтауға берілген объектілердің санын көрсетіңіз (для культур I-II групп указать количество объектов, уничтоженных или переданных на хранение)

Приложение 203
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
203- қосымша

Приложение 203
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №203/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 203/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года №_____

Зерттеуге түскен өсірінділерді тіркеу журналы

Журнал регистрации культур, поступивших на исследование

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20____ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Тіркеу нөмірі (Регист- раци- онный номер)	Қа- был- дан- ған күні (Дата по- ступ- ле- ния)	Өсірінді- нің атауы (Наиме- нование культу- ры)	Түскен өсірінді салынған ыдыс- тар (түтіктер, ампулалар және басқалар) саны (Количество поступивших ем- костей с культурой (пробирки, ампулы и другие))	Өсіріндіні жі- берген ұйым (Организация направившая культуру)	Зерт- теу мақса- ты (Цель иссле- дова- ния)	Зерттеу нәти- жесі берілген күн (Дата выдачи результата ис- следования)	Шығыс құ- жаттаманың нөмірі (Номер исхо- дящей доку- ментации)
1	2	3	4	5	6	7	8

Приложение 204
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
204- қосымша

Приложение 204
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №204/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 204/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Өсірінділер мен уыттарды ұйымнан тыс босатуды есепке алу журналы

Журнал учета отпуска культур и токсинов за пределы организации

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)
Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж
Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____

2. _____

Тір- кеу нө- мірі Регис- тра- ци- он- ный но- мер	Талап түс- кен күн Дата по- ступ- ления требо- вания	Талап берген ұйым Организа- ция на- правив- шее тре- бование	Жіберілген Өсі- рінді атауы (штамнның неме- се токсиннің нө- мірі) Наименование от- пущенной культу- ры (номер штам- ма или токсина)	Өсірінділер са- лынған сыйым- дылықтардың са- ны (қаптама түрі) Количество отпу- щенных емко- стей с культура- ми (вид упаков- ки)	Өсіріндінің жі- берілген күні. Шығыс құжат- таманың нөмірі Дата отпуска культур. Номер исходящей до- кументации	Өсіріндіні алған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдай- да), . сенімхаты, жеке ку- әлігінің нөмірі Ф.И.О (при его наличии). получившего культуры, до- веренность, номер удосто- верения личности	Ал- ға- ны ту- ра- лы кол- хат Рас- пис- ка в по- лу- че- нии
1	2	3	4	5	6	7	8

Приложение 205
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
205- қосымша

Приложение 205
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №205/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 205/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Қоректік ортаны дайындау және бақылауды тіркеу журналы
Журнал регистрации приготовления и контроля питательных сред

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____

2. _____

Тір- кеу нө- мірі	Көрік- тік ор- таны дайын- дау кү- ні, айы, жылы	Ба- қы- лау жүр- гізі- л- ген күн	Қо- рек- тік орта- ның ата- уы	Дайындал- ған қорек- тік орта- ның мөл- шері, литр- мен	Көректік ортаның сериясы және дай- ындалған күні	Инди- катор- лық бақы- лау штам- мы	Көрек- тік ор- таның сте- рильді- гін ба- қылау	Дай- ын- дал- ған ор- та- ның рН- ы	Индика- торлық штам- мың өсу сипаты	Көректік ортаның жа- рамдылығы туралы қо- рытынды. Зерттеу жүр- гізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), колы
Регис- тра- ци- он- ный но- мер	Дата приго- товле- ния пи- таль- ной сре- ды	Да- та про- ве- де- ния кон- тро- ля	На- име- нова- ние пи- таль- ной сре- ды	Количе- ство приго- товленной питательной среды, в литрах	Серия и дата при- готовле- ния пита- тельной среды	Кон- троль- ный инди- катор- ный штамм	Кон- троль сте- рильно- сти пи- татель- ной среды	рН при- го- тов- лен- ной сре- ды	Харак- тер ро- ста ин- дикатор- ного штамма	Заклучение о пригото- вленности среды. Ф.И.О (при его наличии), под- пись лица проводивше- го исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Приложение 206
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » 2026 года №

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
№ КР ДСМ-84

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №206/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 206/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №_____

Мұражайлық өсірінділер қозғалысын есепке алу журналы
Журнал учета движения музейных культур

Басталуы (Начат) " " 20 ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " " 20 ж. (г.)

[illegible]

Тір- кеу нө- мірі Регис- тра- ци- он- ный но- мер	Микроб- тың ла- тын тран- скрипция- сында ғы атауы Наимено- вание микроба в латин- ской тран- скрипции	Ерекше атаула- ры Осо- бие на- звания	Штамм нөмірі Номер штамма	Бө- лі- ну көзі Ис- точ- ник вы- де- ле- ния	Бө- лі- ну кү- ні Да- та вы- де- ле- ния	Бө- лі- ну ор- ны Ме- сто вы- де- ле- ния	Зерттеу жүргізген адамның Т. А.Ә. (ол болған жағ- дайда), лау- азымы Ф.И.О (при его нали- чии), долж- ность лица, проводив- шего иссле- дование	Штамм- ды жібер- ген ұй- ымның атауы Наимено- вание ор- ганизаци- и, на- правив- шей штамм	Штамм бар ыдыс- тардың саны Коли- чество емко- стей со- штам- мами	Түс- кен күні Да- та по- ступ- ле- ния	Штам- мы жою тура- лы белгі От- метка об уни- что- же- нии штам- ма	Ес- керт- пе При- ме- ча- ние
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Приложение 207
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
207- қосымша

Приложение 207
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 207/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 207/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Режимдік зертханаға келушілерді тіркеу журналы

Журнал регистрации посетителей режимных лабораторий

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Тіркеу нөмірі (Регистрацион- ный номер)	Келген күні мен уақыты (Дата и время посещения)		Келушінің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его нали- чии) посетителя)	Жұмыс орны (Место работы)	Келу мақ- саты (Цель по- сещения)	Алып келген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) ((Ф.И.О. (при его наличии), должность, подпись сопровождающего лица)
	Бастап- қы (Нача- ло)	Дей- ін (До)				
1	2	3	4	5	6	7

Приложение 208
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
208- қосымша

Приложение 208
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 208/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 208/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № ____

**Қоршаған ортадан алынған үлгілерді тіркеу және зерттеулер нәтижелерін
беру журналы**
**Журнал регистрации образцов из окружающей среды и выдачи результатов
исследований**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні, уақыты Дата, время		Үлгінің атауы Наименование образца	Саны, көлемі, қорабы Количество, объем, упаковка	Объектінің атауы, орналасқан жері, үлгі іріктеуді жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы Наименование, место нахождения объекта, Ф.И.О (при его наличии), должность специалиста производившего отбор	Үлгіні жеткізген ұйым мен маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы Организация и Ф.И.О (при его наличии), должность специалиста, доставившего образец	Зерттеу мақсаты Цель исследования
1	2	3	4	5	6	7	8
Зерттеу бастаналған күн Дата начала исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования				Зерттеу аяқталған күн Дата окончания исследования	Зерттеу жүргізген адамның қолы (Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы) Подпись проводившего исследование (Ф.И.О (при его наличии), должность)	Зерттеу нәтижесін алу күні және алған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы Дата и Ф.И.О (при его наличии), подпись получившего результат исследования
	Бактериологиялық Бактериологического	Серологи-ялық Серологического	Биологи-ялық Биологического	Ге-не-ти-ка-лық Ге-не-ти-че-ско-го			
9	10	11	12	13	14	15	16

Приложение 209
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
209- қосымша

Приложение 209
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 209/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 209/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года № _____

Консервілердің микробиологиялық зерттеулерін тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований консервов

Басталуы (Начат) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Күні (Дата)	Тір- кеу нөмі- рі (Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер)	Өнімнің атауы, үлгі кай- дан жет- кізілді және кім алды (Наиме- нование продукта. Откуда достав- лен и кем взят обра- зец)	Сырт- қы тү- рін қа- рау Осмотр внеш- него ви- да	Қы- сым- ға тө- зімді- лік сына- ғы Ис- пыта- ние на гер- ме- тич- ность	Се- бу кө- лем- дері (За- се- вае- мые объ- е- мы)	Термостатта ұстау (Термостатная выдержка)			Та- ғам- ның рН- ы (РН про- дук- та)	Мезофилді аэробты және фа- культативтік ана- эробты микро- организмдерді анықтау (Выявление ме- зофильных аэробных и фа- культативных анаэробных мик- роорганизмов)	
						Ин- куба- ция тем- пера- тура- сы (Тем- пера- тура ин- куба- ции)	Экс- по- зи- ция (тәу- лік) (Экс- по- зи- ция (сут- ки))	Экспозициядан кейінгі қаптаманың, өнімнің сырт- қы түрі (Внешний вид упаковки, продукта после выдержки)		Өсуін паттау (Опи- сание роста)	Мор- фоло- гия, те- сттер (Мор- фоло- гия, тесты)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Термофилді аэробты және факультативтік анаэробты микроорганизмдерді анық- тау (Выявление термофильных аэробных и факультатив- ных анаэробных микроорга- низ- мов)		Мезофилді облигатты анаэробтарды анықтау (Выявление мезофиль- ных облигатных анаэробов)		Спора түзбейтін микроорганизмдерді анықтау (Выявление неспорообразую- щих микроорганиз- мов)			Бас- қа зерт- те- улер (Дру- гие ис- сле- до- ва- ния)	Зерт- теу нәти- желе- рі (Ре- зульт- тат ис- сле- дова- ния)	Зерттеу аяқталған күн Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), колы (Дата окончания ис- следования. Ф.И.О. (при его на- личии) подпись ли- ца, проводившего исследование)
Өсу- дің си- патта- масы	Морфология, те- сттер (Морфоло- гия, тесты)	Өсу- дің си- патта- масы	Морфоло- гия, тесттер (Морфоло- гия, тесты)	Қо- рек- тік орта- лар	Өсу- дің си- патта- масы	Морфоло- гия, тесттер (Морфоло- гия, тесты)			

(Опи- сание роста)		(Опи- са- ние ро- ста)		(Пи- та- тель- ные сре- ды)	(Опи- са- ние ро- ста)				
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Приложение 210
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
210- қосымша

Приложение 210
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 210/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 210/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Пайдаланылған материалды зарарсыздандыруды тіркеу журналы
Журнал регистрации обеззараживания отработанного материала

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____
2. _____

Күні Да- та	Автоклав- тың мар- касы, нө- мірі Марка, номер ав- токлава	Зарар- сыздандыры- латын бұй- ымдар		Қап- та- ма- сы Упа- ков- ка	Зарар- сыздандыру уақыты, ми- нутпен		Режим		Бақылау тесті			Маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазы- мы және қолы Ф.И.О (при его наличии), должность и подпись специ- алиста, проводившего обез- зараживание
		Ата- уы На- име- нова- ние	Са- ны Ко- ли- че- ство		Ба- ста- луы На- чало	Аяқ- та- луы Ко- нец	Қы- сы- мы Дав- ле- ние	Қы- зуы Тем- пе- ра- тура	Био- ло- гия- лық Био- ло- ги- че- ский	Тер- мия- лық Тер- ми- че- ский	Хи- мия- лық Хи- ми- че- ский	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Приложение 211
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
211- қосымша

Приложение 211
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 211/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 211/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Адамдардан алынған үлгілерді тіркеу мен оларды аса қауіпті және зоонозды
инфекцияларға серологиялық зерттеудің нәтижелерін беру журналы
Журнал регистрации образцов и выдачи результатов серологических
исследований образцов от людей на особо опасные и зоонозные инфекции**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні, уақыты Дата, время		Тексерілушінің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), Ф.И.О. (при его наличии) обследуемого		Жасы Возраст	Тұрғылықты мекен жайы Адрес проживания	Жұмыс орны, лауазымы Место работы, должность	Диагнозы Диагноз	Зерттеу мақсаты Цель исследования		
1	2	3	4	5	6	7	8	9			
Пассивті гемагглютинация реакциясы (ПГАР) Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на:											
ОЗ иерсиниозға ОЗ иерсиниоз	О9 иерсиниозға О9 иерсиниоз	Жалған туберкулезге Псевдотуберкулез	Кристенсен иерсиниозы Кристенсени	Листериозға Листериоз	Лептоспирозға Лептосприоз	Пастереллезге Пастереллез	Күйдіргіге Сибирскую язву	Туляремияға Туляремию	Сарыпқа Бруцеллез	Бөртпе сүзекке Сыпной тиф	Қосымша инфекциялар Дополнительные инфекции
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Сарыпқа На бруцеллез		Риккетсиозға жүргізілетін комплементті байлау реакциясы (КБР) Реакция связывания комплемента (РСК) на риккетсиоз:		Лептоспироз антигенімен жүргізілген РМА РМА с лептоспирозным антигеном				Зерттеу жүргізген маманың Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы және қолы Ф.И.О (при его наличии), должность и подпись специалиста, проводившего исследование			
Хеддльсон реакциясы	РозБенгал үлгісі Проба РозБенгал	Райт реакциясы	Бернет	Сибирик	Музер	Провачек					



Реакция Хеддль- сона		Реак- ция Райта						
22	23	24	25	26	27	28	29	30

Приложение 212
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
212- қосымша

Приложение 212
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 212/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 212/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Биологиялық зерттеулерді тіркеу журналы Журнал регистрации биологических исследований

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Жануарлар түрі Вид животных	Жұқтыру күні Дата заражения	Жұқтыру жо- лы Способ зара- жения	Биологиялық сынаманың нәтижесі Результат биологиче- ской пробы		Патологоанато- миялық картина Патологоанато- мическая карти- на
				Өл- гені Па- ло	Өл- тіріл- гені Убито	
1	2	3	4	5	6	7
Жағындыларды, ішкі ор- гандарды микроскоппен қарау Микроскопия мазков, отпечатков внутренних органов	Ішкі органдарды микробио- логиялық зерттеу Микробиологическое ис- следование внутренних ор- ганов	Ішкі органдарды серологиялық зерттеу Серологическое исследование внутренних орга- нов	Зерт- теу нәти- жесі Ре- зульт- тат ис- следо- вания	Зерттеу аяқталған күн Дата окон- чания ис- следова- ния	Зерттеу жүргізген маман- ның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы Ф.И.О (при его наличии), подпись специалиста, про- водившего исследование	
8	9	10	11	12	13	

Приложение 213
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
213- қосымша

Приложение 213
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 213/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 213/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Иммундық-биологиялық препараттардың белсенділігін бақылау журналы Журнал контроля активности иммунобиологических препаратов

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

Тір- кеу нөмірі Регис- тра- цион- ный номер	Иммунобиологи- ялық препарат- тың атауы Наименование иммуно-биоло- гического препа- рата	Иммунобиологиялық препараттың сериясы мен шығарылған күні Серия и дата изготав- ления иммуно- биоло- гического препарата	Жа- рам- ды- лық мерзі- мі Срок год- ности	Ба- қы- лау күні Да- та кон- тро- ля	Препарат белсенділі- гінің жү- мыс титрі Рабочий титр ак- тивности препарата	Препараттың жарамдылығы туралы қоры- тынды Заклучение о пригодности препарата	Бақылау жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауа- зымы, қолы Ф.И.О (при его нали- чии), должность, под- пись проводившего контроль
1	2	3	4	5	6	7	8

Приложение 214
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
214- қосымша

Приложение 214
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген №214/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 214/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №_____

Дезинфекциялау сапасын (шайындыларды) зертханашілік бақылау журналы

Журнал внутрилабораторного контроля качества дезинфекции (смывы)

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Тіркеу нөмірі (Регистра ционный номер)		Күні, айы, жылы (Дата, месяц, год)		Объекті- нің атауы (Наименование объекта)	Шайынды алынған орын (Место взятия смыва)				Стафилококкқа тексеру (Исследование на стафилококк)								
									Орталардың ата- уы (Наименование сред)				Сәйкестендіруге арналған тесттер (Тесты для идентификации)				
													орта- да өсуі (Рост на сре- де)	ле- ци- тина- за	Мик- ро- ско- пия	Плаз- ма- коа- гула- за	
1		2		3	4				5				6	7	8	9	
ІТТБ-на (ішек таяқшалары тобындағы бактерияларға) зерттеу (Исследование на БГКП (бактерии группы кишечной палочки))				Басқа микроорганизмдерге зерттеу (Исследование на другие микроорганизмы)											Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)	Зерттеу аяқталуы (Дата окончания исследования)	
Орталардың атауы (Наименование сред)	Сәйкестендіруге арналған тесттер Тесты для идентификации			Орталардың атауы (Наименование сред)	Сәйкестендіруге арналған тесттер (Тесты для идентификации)												
	ортада өсуі (Рост на среде)	Тығыз ортада өсуі (Рост на плотных средах)	Микроскопия														
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29

Приложение 215
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
215- қосымша

Приложение 215
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 215/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 215/y Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Ауаны зертханаішілік бақылауды тіркеу журналы

Журнал регистрации внутрилабораторного контроля воздуха

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1.

Тіркеу нөмірі (Регист- рацион- ный номер)	Үлгіні алу күні, уа- қыты (Дата, время отбора образца)	Үл- гіні алу орны (Ме- сто отбо- ра об- разца)	Үл- гіні алу әдісі (Ме- тод отбо- ра об- разца)	ЖМС зерттеу: Исследование на ОМЧ		Стафилококкка зерттеу: Исследование на стафилококки:				
				Экспозициясы, жылдамдығы Жі- берілген ауаның көлемі (Экспозиция, ско- рость Объем про- пущенного возду- ха)	Колони- ялар- дың жалпы саны (Общее число коло- ний)	Экспозициясы, жылдамдығы Жі- берілген ауаның көлемі (Экспозиция, ско- рость Объем про- пущенного возду- ха)	Колони- ялар- дың жалпы саны (Общее число коло- ний)	Ле- ци- ти- на- за	Мик- ро- ско- пия	Плаз- ма- коа- гуля- ция
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

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

Приложение 216
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
216- қосымша

Приложение 216
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 216/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 216/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Адамдардан алынған үлгілердің серологиялық зерттеулерін тіркеу журналы

Журнал регистрации серологических исследований образцов от людей

Басталуы (Начат) "___" _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20 ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НК):

Используемая нормативная документация (далее - НД):

1. _____

2. _____

Тір- кеу но- мірі Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер	Зерт- те- улер жүр- гізіл- ген күн, ай, жыл Да- та про- веде- ния ис- сле- до- ва- ний	Зертте- лу- шінің Т.А.Ә. (ол болған жағ- дайда), Ф.И. О. (при его на- ли- чии) обсле- дуемо- го	Зерт- теу мақ- саты Цель ис- сле- дова- ния	Пассивті гемагглютинация реакциясы (ПГАР) Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на:											
				ОЗ иер- си- ни- озға ОЗ иер- си- ни- оз	О9 иер- си- ни- озға О9 иер- си- ни- оз	Жал- ған ту- бер- ку- лезге Псев- доту- бер- кулез	Кри- стен- се- ни иер- си- ни- оз Иер- си- ни- оз Кри- стен- сени	Ли- сте- ри- оз- ға Ли- сте- ри- оз	Леп- то- спи- розға Леп- то- спри- оз	Па- сте- рел- лез- ге Па- сте- рел- лез	Күй- дір- гі- ге Си- бир- скую язву	Ту- ля- ре- ми- яға Ту- ля- ре- мию	Бру- цел- лез- ге Бру- цел- лез	Бөрт- пе сүзек- ке Сып- ной тиф	Дер- бес тол- ты- ры- лады За- пол- ня- ется са- мо- сто- я- тель- но
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Бруцеллезге На бруцеллез									
Хеддельсон реакциясы Реакция Хеддельсона					РозБенгал сынамаcы Проба РозБенгал			Райт бойынша реакция Реакция по Райта	
17					18			19	
Риккетсиозға КБР РСК на риккетсиоз					Лептоспироз антигені- мен жүргізілген РМА		Зерттеу аяқтал- ған күн, ай, жыл Дата окончания исследования	Зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы Подпись, Ф.И.О (при его наличии), долж- ность лица, проводившего исследования	
Бер- нет	си- би- рик	Му- зер	Про- ва- чек		РМА с лептоспирозным антигеном				
20	21	22	23	24	25	26		27	

Приложение 217
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
217- қосымша

Приложение 217
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 217/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 217/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года №_____

_____ (инфекция түріне) адамдардан алынған материал
үлгілерінің микробиологиялық зерттеулерін тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований образцов материала
от людей на _____ (вид инфекции)

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НК):

Используемая нормативная документация (далее - НД):

1. _____

2. _____

Тір- кеу но- мірі	Үлгіні жі- берген ұй- ымның ата- уы	Күні, айы, жы- лы Дата, месяц, год		Зертте- лушінін Т.А.Ә. (ол болған жағдай- да), Ф.И.О. (при его на- личии) обсле- дуемого	Жа- сы Воз- раст	Ме- кен- жайы Ад- рес про- жи- ва- ния	Жұ- мыс ор- ны, лауа- зымы Ме- сто рабо- ты, долж- ность	Диа- гно- зы, ауыр- ған күні, айы, жы- лы Диа- гноз, дата забо- лева- ния	Зерт- теу мақ- саты Цель ис- сле- дова- ния	Зерт- телі- нетін мате- риал Ис- сле- дую- мый мате- риал	Зерт- теу нәти- же- лері Ре- зульт- тат ис- сле- дова- ния	Нәти- же беріл- ген күн, ай, жыл Дата выда- чи ре- зульт- тата	Зерт- теу жүргіз- ген адам- ның колы, тегі, аты, әкесі- нің аты (ол болған жағ- дайда), Фами- лия имя отче- ство. (при его на- ли- чии), под- пись лица прово- дивше- го ис- следо- вание
		Үл- гінің алын- ған Взя- тия об- разца	Зерт- хан- амен қа- был- дан- ған Пос- туп- ле- ния в ла- бора- то- рию										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Приложение 218
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
218- қосымша

Приложение 218
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 218/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 218/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

_____ зерттеуге арналған үлгілерді тіркеу журналы
(инфекция түріне)
Журнал регистрации образцов для исследования на _____
(вид инфекции)

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НҚ) (Используемая
нормативная

документация (далее – НД)):

1.

2.

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)		ЖСН ИИН	Жасы (Возраст)	Үлгі жіберген ұйым (Организация, направивший образец)	Диагнозы, негізгі симптомдары (Диагноз, основные симптомы)	Екпелер туралы деректер (Сведения о прививках)
1	2		3	4	5	6	7
Күні, айы, жылы Дата, месяц, год							
Ауырған (Заболевания)	Үлгі алу (Взятия образца)	Ауырған күні (День болезни)		Үлгіні жіберу (Отправки образца)	Үлгіні жеткізу (Доставки образца)		
8	9	10		11	12		
Зерттелетін үлгі (Исследуемый образец)	Зерттеу күні (Дата исследования)		Жасушалар сызығы (Линия клеток)	Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)	Жауап берілген күн (Дата выдачи ответа)		Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия имя отчество (при его наличии) лица, проводившего исследование)
13	14		15	16	17	18	

Тіркеу нөмірі (Регист- рацион- ный номер)	Түс- кен күні, айы, жылы (Дата по- ступ- ления)	Өсірінді- лерді жі- берген ел (Страна, передавае- мая куль- туры)	Түсетін нөмірі немесе шифры бар штаммның атауы (Наименование штам- ма с поступающей ну- мерацией или шифром)	Түскен штамм салынған ыдыстар саны (Количество ем- костей с посту- пившем штам- мом)	Ілеспе құ- жаттама (Сопрово- дительная документа- ция)	Өсіріндіні алған адам- ның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, колы (Ф.И.О (при его нали- чии), должность, под- пись, получившего культуру)	Ес- керт- пе (При- меча- ние)
1	2	3	4	5	6	7	8

Приложение 220
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
220- қосымша

Приложение 220
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 220/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 220/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

_____ (инфекция түріне) қарсы иммунитетті анықтауға арналған
үлгілерді тіркеу журналы

Журнал регистрации образцов для определения иммунитета
к _____ (вид инфекции)

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регист- рацион- ный номер	Тексерілу- шінің тегі, аты, әкесінің аты Фамилия имя отчество, об- следуемого	Жа- сы Воз- раст	Үлгіні жібер- ген ұйым Организа- ция напра- вившая обра- зец	Үлгі жет- кізіл- ген күн Дата достав- ки об- разца	Зерттеу жүргізіл- ген күн Дата про- ведения ис- следования	Зерттеу нәтиже- сі Резуль- тат ис- следо- вания	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), ла- уазымы, қолы Фамилия имя отчество (при его нали- чии), должность, подпись лица, прово- дившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8

Приложение 221
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
221- қосымша

Приложение 221
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 221/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 221/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Вирустық гепатиттерге серологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации серологических исследований на вирусные гепатиты

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

							Зерттеу нәтижелері	
--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--

Тір- кеу нө- мірі	Күні, айы, жы- лы	Тексерілушінің тегі, аты, әкесі- нің аты, меди- циналық карта- сының нөмірі	Үлгіні жібер- ген ұй- ым	Диа- гнозы, ауыр- ған	Зерттеу мақ- саты, алғаш- қы немесе қайта тексе- рілу	Анти- ген- нің, ан- тиде- нелер- дің атауы	Результаты исследований							Зерт- теу аяқтал- ған күн, ай, жыл, зертха- нашы- дәрі- гердің колы, тегі, аты, әкесі- нің аты (ол болған жағ- дайда), Дата окон- чания иссле- дова- ния, фами- лия имя отче- ство (при его на- ли- чии), под- пись врача- лабо- ранта
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Приложение 222
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
222- қосымша

Приложение 222
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 222/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 222/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Штамдарды сәйкестендіру нәтижелерін есепке алу журналы

Журнал учета результатов идентификации штаммов

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

			Штаммның сипаты			
--	--	--	-----------------	--	--	--

Тіркеу нө- мірі	Зерттеу күні, айы, жылы			Зертхана- лық үлгі		Характеристика штамма	Ви- рус доза- сы	Диагностикалық эталондық сарысулар	Жұмысшы ара- ластыру
Регистраци- онный но- мер	Дата ис- следова- ния			Лабора- торная модель			Доза виру- са	Диагностические эталонные сыворотки	Рабочее разведе- ние
1	2			3		4	5	6	7
Бақылау күндері						Типтеу нәтижесі Результат типиро- вания	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы Фамилия имя отчество (при его наличии), долж- ность, подпись лица, проводившего исследование		
Дни наблюдения									
1	2	3	4	5	6				
8	9	10	11	12	13	14	15		

Приложение 223
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
223- қосымша

Приложение 223
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 223/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 223/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « » _____ 20 _____ года № _____

_____ вирусологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
(инфекция түріне)

Журнал регистрации вирусологических исследований на
_____ (вид инфекции)

Басталды (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Аяқталды (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Тіркеу нөмірі		Алғашқы жұқтыру	Бірінші пассаж	Екінші пассаж
---------------	--	-----------------	----------------	---------------

Регистрационный номер	Жасушалар сызығы Линия клеток	Первичное заражение			Первый пассаж			Второй пассаж	
		Күні, айы, жылы дата, ме- сяц, год	Нәти- же ре- зультат	Бақы- лау Кон- троль	Күні, айы, жылы дата, ме- сяц, год	Нәти- же ре- зультат	Бақы- лау Кон- троль	Күні, айы, жылы дата, ме- сяц, год	Нәти- же ре- зультат
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы/Продолжение таблицы

Екін- ші пас- саж Вто- рой пассаж	Бейімделу Адаптация			Зерттеу нәти- жесі Результат ис- следования	Жауап жіберіл- генкүн, ай,жыл Дата выдачи от- вета	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы Фамилия, имя, отчество (при его наличии), долж- ность подпись Проводившего исследование
	Бақы- лау Кон- троль	Күні, айы, жылы дата, месяц, год	Нәти- же ре- зультат	Ба- қы- лау Кон- троль		
11	12	13	14	15	16	17

Приложение 224
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
224- қосымша

Приложение 224
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 224/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 224/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Тін өсіріндісінде жүргізілген серологиялық зерттеулердің нәтижелерін тіркеу
журналы**

**Журнал регистрации результатов серологических исследований на культуре
ткани**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тір- кеу нө- мірі Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер	Эта- лон- дық виру- стың си- патта- масы Ха- рак- тери- стика эта- лон- ного виру- са	Зерт- теу ба- стал- ған күн, ай, жыл Да- та на- чала ис- сле- до- ва- ния	Нәти- же- лер- ді есеп- ке алу күні, айы, жы- лы Дата уче- та ре- зультатов	Сарысуды араластыру (кері шамаларда) Разведение сывороток (в обратных вели- чинах)										Бақылау Контроль			Зерт- теу нәти- жесі Ре- зультат ис- сле- дова- ния	Зерт- теу аяқ- тал- ған күн, ай, жыл Дата окон- ча- ния ис- сле- дова- ния	Зерт- теу жүргіз- ген адам- нын тегі, аты, әкесі- нің аты (ол болған жағ- дай- да), ла- уазы- мы, қо- лы Фами- лия имя отче- ство (при его на- ли- чии), долж- ность, под- пись лица, прово- дивше- го ис- следо- вание
														Ви- рус мөл- ше- рі До- за ви- руса	Са- ры- суын Сы- во- рот- ки	Жа- сушпа- лар- дың Кле- ток			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	

Приложение 225
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
225- қосымша

Приложение 225
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 225/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 225/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Паразиттік аурулар қоздырғыштарына зерттеп-қаралатын адамдарды
тіркеу журналы**
**Журнал регистрации лиц, обследуемых на возбудителей паразитарных
заболеваний**

Басталуы (Начат) « ____ » _____ 20 ____ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) «__»__20__ж. (г.)

Тір- кеу нө- мірі (Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер)	Зертха- наға үл- гінің түскен күні (Дата поступ- ления образ- ца в ла- борато- рию)	Тексерілетін адамның те- гі, аты, әкесі- нің аты (ол болған жағ- дайда), ЖСН (Фамилия, имя отчество (при его на- личии), ИИН обследуемо- го)	Ту- ған жы- лы (Год рож- де- ния)	Ме- кен- жайы (Ад- рес про- жи- ва- ния)	Оқу, жұ- мыс ор- ны, бала- лар ұйы- мының атауы (Место работы, учебы, на- именова- ние дет- ской орга- низации)	Алғаш- қы, қай- та неме- се бақы- лаулық тексеру (Первич- ное, по- вторное или кон- троль- ное об- следова- ние)	Зерт- те- улер- дің саны (Ко- ли- че- ство ис- сле- дова- ний)	Нәти- же- лер бері- лген күн (Да- та выда- чи ре- зуль- тата)	Тексеру нәтиже- сі, бөлін- ген қоз- дырғыш түрі (Резуль- тат об- следова- ния, вид выде- ленного возбуди- теля)	Зерттеу жүргізген адамның колы,тегі, аты, әкесі- нің аты (ол болған жағ- дайда), (Фамилия, имя отче- ство (при его на- личии), подпись лица, про- водившего исследова- ние)	Ес- керт- пе (При- меча- ние)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Приложение 226
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
226- қосымша

Приложение 226
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 226/е нысанды меди- циналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы сала- сындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 226/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Рес- публики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Инфекциялық аурулар ошақтарындағы дезинфекциялау іс-шараларды
есепке алу журналы Журнал учета дезинфекционных мероприятий в очагах
инфекционных заболеваний**

Тіркеу нөмі- рі	Күні, айы, жылы	Өтінім түскен ұйымның атауы (Наименование организации, от которого поступила заявка)	Эпидемиологи- ялық нөмірі	Науқас адамның тегі, аты, әкесі- нің аты (ол болған жағдайда)	Жа- сы	Ме- кен- жайы
--------------------	-----------------------	--	------------------------------	--	-----------	---------------------

(Регистраци- онный но- мер)	(Дата, месяц, Год)		(Эпидемиоло- гический но- мер)	(Фамилия, имя отчество (при его наличии), больного человека)	(Воз- раст)	(Ад- рес)
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Балалар ұйымының, мектептің, жоғар- ғы оқу орнының, жұмыс орнының ата- уы мен мекенжайы (Наименование и адрес детской органи- зации, школы, вуза, места работы)	Диа- гно- зы (Ди- а- гноз)	Аурухана- ға жатқы- зылған күні (Дата гос- питализа- ции)	Дезинфекция- лау наряды- ның нөмірі № (№ наряда на дезинфекцию)	Нарядты ал- ған адамның тегі (Фамилия ли- ца получив- шего наряд)	Ауруханаға жатқызылған кезден бастап дезинфекция- лау мерзімдері (Сроки дезинфекции с мо- мента госпитализации)
8	9	10	11	12	13

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Дезинфекцияның орындалмауы немесе уақытында орындалмау себебі (Причина невыполнения или не своевременного вы- полнения дезинфекции)	Дезинфекцияланды (дана, м ²) (Подвергнуто дезинфек- ции (штуки, м ²))	Заттарды дезинфекциялау (Дезинфекция вещей)		Дератиза- ция, м ²
		Камералық әдіспен, кг (Камерным методом)	Ылғалды әдіспен (Влажным методом)	
14	15	16	17	18

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Дезинсекция, м ² (Дезинсек- ция, м ²)	Адамдарды санитариялық та- зарту (Санитарная обработка лю- дей)		Дезинфекция жүргізген адамның тегі, аты (Фамилия, имя проводившего дезин- фекцию)	Дезинфекциялау сапасын бақылау (Контроль качества дезинфекции)		
	Тазартуға ти- істі (Подлежало)	Тазартыл- ған (Обработа- но)		Кү- ні (Да- та)	Зерттелген сына- малар (Исследовано проб)	Нәтиже (Резуль- тат)
19	20	21	22	23	24	25

Приложение 227
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 227/е нысанды меди- циналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы сала- сындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 227/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Рес- публики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Жұмсақ мүкәммалды (киімдер мен төсек жабдықтары) камералық өңдеуді
тіркеу журналы**

**Журнал регистрации камерной обработки мягкого инвентаря (одежды и
постельных принадлежностей)**

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Дезинфекциялау (дезинсекция) жүргізілген күн, ай, жыл Дата проведения дезинфекции (дезинсекции)	Науқас адамның тегі,аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), мекен-жайы, түбіртек нөмірі (ұйым, корпус) Фамилия, инициалы больного человека, адрес,номер квитанции (организация, корпус)	Инфекция (жәндіктер) Инфекция (инсекты)	Дезинфекциялау (дезинсекция) объектілері, олардың саны немесе салмағы Объекты дезинфекции (дезинсекции), их количество или вес		
1	2	3	4	5		
Камераның шартты белгілері Условные обозначения камеры	Дезинфекциялау (дезинсекция) тәртібі Режим дезинфекции (дезинсекции)	Толтырылмаған камераны қыздыру уақыты Время прогрева не загруженной камеры		Толтырылған камераны қыздыру уақыты Время прогрева загруженной камеры	Дезинфекциялау (дезинсекция) температурасы Температура дезинфекции (дезинсекции)	
		Басталуы сағ., мин. Начало час, мин.	Аяқталуы сағ., мин Конец час, мин.	Басталуы сағ., мин. Начало час, мин.		Аяқталуы сағ., мин Конец час, мин.
6	7	8	9	10	11	12

Приложение 228
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года
№ _____

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

A4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 228/е нысанды меди- циналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы сала- сындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 228/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Рес- публики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Санитариялық-паразитологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации санитарно-паразитологических исследований

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрат- цион- ный номер	Күні, айы, жы- лы Дата, месяц, год		Үл- гінің атауы На- име- нова- ние образ- ца	Са- ны, көле- мі Ко- личе- ство, объ- ем	Үлгі алу орны Ме- сто отбо- ра об- разца	Зерт- теу мақ- саты Цель ис- сле- дова- ния	Зерт- теу нәти- жесі Ре- зульт- тат ис- следо- вания	Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы Дата окон- чания ис- следования	Зерттеу жүргізген адамның қолы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазы- мы Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность, под- пись проводившего исследо- вание	Ес- керт- пе При- ме- ча- ние
	Үл- гіні алу От- бо- ра об- раз- цов	Зертхан- амен қа- былдан- ған Поступ- ления в лабора- торию								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Приложение 229
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
229- қосымша

Приложение 229
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 229/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 229/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Үй шаңы кенелерінің болуына үй шаңының, мамықтан және қауырсыннан
жасалған бұйымдардың үлгілерін зерттеуді тіркеу журналы**

**Журнал регистрации исследований образцов домашней пыли, пуховых и
перьевых изделий на наличие клещей домашней пыли**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Тір- кеу нөмі- рі (Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер)	Үлгі- лер- дің түс- кен күні (Да- та по- ступ- ле- ния об- раз- ца)	Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағ- дайда), ЖСН (Фамилия, имя, отче- ство (при его нали- чии), ИИН)	Ту- ған күні (Да- та рожд- де- ния)	Ме- кен- жайы (До- маш- ний ад- рес)	Жұмыс, оқу орны, бала- лар ұйымы- ның атауы (Место рабо- ты, учебы, на- именование детской орга- низации)	Жәндіктер немесе ке- нелер ша- буыл жаса- ған аумақ, күн (Террито- рия нападе- ния насеко- мых или клещей, да- та)	Зерт- теу күні (Да- та ис- сле- до- ва- ния)	Тек- серу нәти- жесі (Ре- зуль- тат об- сле- дова- ния)	Жәндіктер мен кене- лердің түр- лері, жы- нысы (Видовая принад- лежность, пол насе- комых и клещей)	Орындаушы- ның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағ- дайда), лауазы- мы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность ис- полнителя)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Приложение 230
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
230- қосымша

Приложение 230
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 230/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 230/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Паразиттік ауруларға серологиялық зерттеулерді тіркеу журналы

**Журнал регистрации серологических исследований на паразитарные
заболевания**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__»__20__ж. (Г.)

Тір- кеу нөмірі (Регист- рацион- ный номер)	Тексерілетін адам- ның тегі, аты, әкесі- нің аты (ол болған жағдайда), ЖСН (Фамилия, имя, отче- ство (при его нали- чии), ИИН обследоу- емого)	Ту- ған жы- лы (Год рож- де- ния)	Тұр- ғы- лық- ты ме- кен- жайы (Адрес про- жива- ния)	Тексеруге жіберген ме- кеме (Учрежде- ние напра- вившее на обследова- ние)	Алғашқы, қай- та немесе бақы- лау үшін тексе- ру (Первичное, по- вторное или контрольное обследование)	Үлгіні тексеруге қабылдау күні Дата прие- ма образ- ца на ис- следова- ние	Диа- гно- зы, ауыр- ған кү- ні Диа- гноз, дата забо- лева- ния	Антиген- нің, анти- денелер- дің атауы Наимено- вание ан- тигена, антител	Зерт- те- удің әдісі Ме- тод ис- сле- до- ва- ния
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Зерттеу нәтижелері Результат исследования									Нәти- желер беріл- ген күн (Дата выда- чи ре- зульта- тов)	Зерттеу жүргізген адам- ның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), под- пись, проводившего иссле- дование)	Ес- керт- пе (При- меча- ние)
Гельминттер (Гельминты)				Қарапайымдылар (Простейшие)				Бас- қа- лар (көр- сеті- ңіз) (Про- чие) (ука- заты)			
Тиісті антигенге немесе антидене- ге анықталған иммуноглобулин- дер атауы (Наименованием выявляемых им- муноглобулинов к соответствующе- му антигену или антителу)				Тиісті антигенге немесе антидене- ге анықталған иммуноглобулин- дер атауы (Наименованием выявляемых им- муноглобулинов к соответствующе- му антигену или антителу)							
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Приложение 231
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
231- қосымша

Приложение 231
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 231/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 231/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Биосынамалы жануарларды тіркеу журналы
Журнал регистрации биопробных животных

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

Биосынама алынған жануарлардың жұқтырылған күні, айы, жылы Дата заражения биопробных животных	Биосынама алынған жұқтырылған жануарлардың саны Количество зараженных биопробных животных	Инфекцияның атауы Наименование инфекции	Биосынама алынған жұқтырылған жануарлардың өлтірілу күні Дата убивки зараженных биопробных животных	Биосынама алынған өлтірілген жануарларды зарарсыздандыру тәсілі Способ обеззараживания убитых биопробных животных	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы Дата окончания исследования, месяц, год, Ф.И.О (при его наличии), подпись проводившего исследование
1	2	3	4	5	6

Приложение 232
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
232- қосымша

Приложение 232
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 232/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 232/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

**Адамдардан бруцеллезге (гемоөсірінді) алынған үлгілерді тіркеу және зерттеу
нәтижелерін беру журналы**

**Журнал регистрации и выдачи результатов исследований образцов от людей
на бруцеллез (гемокультура)**

Басталуы (Начат) «_____» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «_____» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні, айы, жылы (Дата, месяц, год)		Үлгі жіберген ұйым (Организация, направившая образец)	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)	Жасы (Возраст)	Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)	Жұмыс орны, лауазымы (Место работы, должность)
	Үлгінің алынған (Отбора проб)	Зертханаға түсуі (Поступления в лабораторию)					
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Диагнозы (Диагноз)	Алғашқы, қайта тексеру (Первичное, повторное обследование)	Күні айы, жылы (Дата, месяц, год)			Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы және қолы (Ф.И.О. (при его наличии), должности подпись лица, проводившего исследование)
		Зерттеудің басталуы (Начала исследования)	Зерттеудің аяқталуы (Окончания исследования)	Нәтижелер берілген (Выдачи результатов)		
9	10	11	12	13	14	15

Приложение 233
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
233- қосымша

Приложение 233
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 233/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 233/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Қызылшаға/қызамыққа серологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации серологических исследований на корь/краснуху

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Үлгіні жі- берген ме- кеме	Зерттелушінің тегі, аты, әкесі- нің аты	Жасы Возраст	Мекенжайы	Бөртпе пай- да болған күн, ай, жыл	Дене қы- зуы пай- да	Қыза- мық- қа	Қызамыққа қар- сы дозалар саны
------------------	----------------------------------	---	-----------------	-----------	--	----------------------------	---------------------	-----------------------------------

Регист- рацион- ный номер	Учрежде- ние на- правив- шее обра- зец		Фамилия, имя, отчество, об- следуемого			Адрес прожи- вания		Дата, месяц, год появле- ния сыпи		болған күн, ай, жыл Дата, ме- сяц,год появле- ния тем- пературы		кар- сы соң- ғы егу күні, айы, жылы Дата, ме- сяц, год по- след- ней вак- цина- ции кори	Количество доз против кори
1	2		4		5	6		7		8		9	10
Қызыл- шаға қарсы соңғы егу кү- ні, айы, жылы Дата по- следней вакцина- ции красну- хи	Қы- зыл- шаға қар- сы доза- лар саны Коли- че- ство доз про- тив крас- нухи	Үлгінің алынған кү- ні, айы, жы- лы Дата отбо- ра образца	Зертханаға жіберілген күні, айы, жылы Дата отпра- вления в ла- бораторию		Зертхана- ға түскен күні, айы, жы- лы Дата по- ступле- ния в ла- борато- рию		Зертхана- ға түс- кен үлгі- нің жағ- дайы Состоя- ние об- разца при по- ступле- нии в ла- борато- рию		Ди- а- гно- зы Ди- а- гноз	Реак- ция қой- ыл- ған күн ай, жыл Да- та, ме- сяц, год по- ста- нов- ки реак- ции	Зерт- теу нәти- жесі Ре- зуль- тат ис- сле- дова- ния	Нәти- же бе- ріл- ген күн, ай, жыл Дата, ме- сяц, год выда- чи ре- зультата	Зерттеу жүргіз- ген адамның те- гі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), луа- зымы қолы Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность и подпись лица, проводившего исследование
12	13	14	15		16	17		18	19	20	21	22	

Приложение 234
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
234- қосымша

Приложение 234
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 234/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 234/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

_____ люминисценттік зерттеулерді тіркеу журналы
(инфекцияның түріне)

Журнал
регистрации люминисцентных исследований на _____
(вид инфекции)

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

	Микроскопия нәтижелерін есепке алу/Учет результатов микроскопии			
--	---	--	--	--

Тір- кеу нөмі- рі	Зерттеу жүргізіл- ген күн, ай, жыл	А тұ- мауы Грипп А (H3N2)	А тұ- мауы Грипп А (H1N1)	В тұ- мауы Грипп В	Пара- тұмау ПГ 1 Пара- грипп ПГ 1	Пара- тұмау ПГ 2 Пара- грипп ПГ 2	Пара- тұмау ПГ 3 Пара- грипп ПГ 3	Аде- но- ви- рус	Ре- спи- ра- тор- лы сен- си- ци- ал- ды жа- су- ша- лар (РС) Ре- спи- рато- ные сен- си- ци- аль- ны клет- ки (РС)	Зерт- теу нәти- жесі Ре- зуль- тат ис- сле- дова- ния	Зерт- теу нәти- жесі бері- лген күн, ай, жыл Да- та, ме- сяц, год вы- дачи ре- зуль- тата ис- сле- дова- ния	Зерттеу жүр- гізген маман- ның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағ- дайда), лауа- зымы және қолы Фамилия, имя, отче- ство (при его нали- чии), долж- ность и под- пись специа- листа, прово- дившего ис- следование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Приложение 235
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
235- қосымша

Приложение 235
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 235/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 235/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Санитариялық вирусологияға зерттеуге алынған үлгілерді тіркеу журналы
Журнал регистрации образцов для исследования на санитарную вирусологию

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

--	--	--	--	--	--	--

Тіркеу нөмірі Регистрат- сионный номер	Үлгі- нің ата- уы Наимено- вание об- разца	Үлгіні жі- берген ме- кеме Учрежде- ние напра- вившее об- разец	Үлгінің зертханаға келіп түскен күні, айы, жылы Дата, месяц, год по- ступления Образца в лабораторию	Зерттеу жүргі- зілген күн, ай, жыл Дата, месяц, год проведе- ния исследова- ния	Зерттеу нәтиже- сі Результат ис- следо- вания	Зерттеу жүргізген маманның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдай- да), лауазымы қолы Фамилия, имя, отчество (при его на- личии), должность, подпись лица про- водившего исследование
1	2	3	4	5	6	7

Приложение 236
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
236- қосымша

Приложение 236
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 236/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 236/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

**Бруцеллез қоздырғышының бөлінуін және бөлінген өсірінділерін
сәйкестендіруді тіркейтін жұмыс журналы**

**Рабочий журнал регистрации выделения и идентификации выделенных
культур возбудителя бруцеллеза**

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20 __ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20 __ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ,):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

Тір- кеу нө- мірі	Зертханаға ке- ліп түскен күні, айы, жылы, қай- дан әкелінді	Бөлінген қоздыр- ғыштың түрі, тір- кеу нөмірі, бөліну күні, айы, жылы	Зерттеу бастал- ған күн, ай, жыл	Колониялардың морфологиясы Морфология коло- нии		Грам бойын- ша жасу- ша мор- фология- сы	Термо- агглю- тина- ция ре- акция- сы	Күкіртсуте- гі түзілуіне қатысты дифферен- циация	CO2 қа- жетті- лігі
Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер	Дата, месяц, год поступле- ния в лаборато- рию, откуда до- ставлен	Вид выделенного возбудителя, реги- страционный но- мер, дата выделе- ния	Дата, месяц, год на- чала ис- следова- ния	Сұйық корек- тік ор- тадағы	Тығыз корек- тік ор- тадағы	Морфо- логия клетки по Граму	Реак- ция термо- агглю- тина- ции	Дифферен- циация по образова- нию серово- дорода	потре- бность в CO2
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Продолжение таблицы

Грам бойынша жа-суша мор-фология-сы	Термо-агглю-тина-ция ре-акциясы	Күкіртсутегі түзілуіне қа-тысты диффе-ренциация	CO2 қажет-тілігі	Бояуларға қатысты саралау						
				Дифференциция по Отношению к краскам						
				Фуксин		Тионин				
Морфоло-гия клет-ки по Граму	Реак-ция тер-моаг-глюти-нации	Дифферен-циация по обра-зованию серо-водорода	потреб-ность в CO2	1:50000	1:100000	1:25000	1:50000	1:100000		
7	8	9	10	11	12	13	14	15		
Агглютинация реакциясы			Уайт-Виль-сон бойын-ша түсі	Трипофла-винді үлгі	Фагқа сезім-талдық	МФА АФЭ	Қоз-дыр-ғыш түрі	Биотипі Отнесен к биоти-пу	Зерт-теу аяқ-тал-ған күн, ай, жыл	Зерт-теу жүргіз-ген ма-ман-ның Т. А.Ә. (ол болған жағ-дайда) және қолы
Реакция агглютинации										
Полива-лентті са-рысумен	Антиме-лентен-зис са-рысуы-мен	Антиа-бортус сары-суымен	Окраска по Уайт-Виль-сону	проба с трипофла-вином	Чувствитель-ность к фагу		Вид воз-бу-ди-теля		Да-та, ме-сяц, год	
С полива-лентной сыворот-кой	с сыво-роткой антиме-	С сыво-роткой антиа-бортус								

	литен- зис									окон- ча- ния ис- сле- дова- ния	Ф.И. О. (при его на- ли- чий), и под- пись специ- али- ста, прово- дивше- го ис- следо- вание
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

Приложение 237
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от «__» _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
237- қосымша

Приложение 237
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 237/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 237/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

**Сыртқы орта объектілерінің үлгілерін иммундық-ферментті талдау (ИФТ)
әдісімен зерттеуді тіркейтін жұмыс журналы**
**Рабочий журнал регистрации исследования образцов от объектов внешней
среды методом иммуноферментного анализа (ИФА)**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__»_____20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Тіркеу нөмірі (Регистраци- онный но- мер)	Зерттеу басталған күн, ай, жыл (Дата, месяц, год на- чала исследования)		Үлгіні жіберген мекеме (Учреждение на- правившее обра- зец)	Үлгі алынған орын (Место отбора образ- ца)	Үлгінің атауы (Наименование об- разца)	Зерттеу мақсаты (Цель исследова- ния)
1	2		3	4	5	6
Нәтиже (Результат)			Зерттеу нәтижесі (Результат иссле- дования)	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл (Дата, месяц, год окончания исследова- ния)	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись специ- алиста, проводившего исследование)	
Антигенге (На антиген)	Антиденелерге (На антитела)					
	IgM	IgG				
7	8	9	10	11	12	

Приложение 238
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
238- қосымша

Приложение 238
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 238/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 238/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Адамдардан алынған материал үлгілерін иммундық-ферментті талдау
(ИФТ) әдісімен зерттеуді
тіркейтін жұмыс журналы**

**Рабочий журнал регистрации исследования образцов материала от людей
методом****иммуноферментного анализа (ИФА)**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая
нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Тіркеу нөмірі (Регистраци- онный но- мер)	Зерттеу басталған күн, ай, жыл (Дата, месяц, год на- чала исследования)	Тексерілетін адамның Т. А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его нали- чии) обследуемого)	Жа- сы (Воз- раст)	Тұрғы- лықты мекен жайы (Адрес прожива- ния)	Үлгіні жіберген мекеме (Учреждение на- правившее обра- зец)	Диа- гно- зы (Ди- а- гноз)	Зерттеу мақсаты (Цель исследо- вания)
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Нәтижесі (Результат)		Зерттеу нәтижесі (Результат иссле- дования)	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл (Дата, месяц, год окончания исследования)	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдай- да), қолы (Ф.И.О (при его наличии), подпись специалиста, прово- дившего исследование)
Анти- генге (Анти- ген)	Антиде- неге (На ан- титело)			
9	10	11	12	13

Приложение 239
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
239- қосымша

Приложение 239
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 239/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 239/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Сібір жарасына микробиологиялық зерттеуді тіркейтін жұмыс журналы
Рабочий журнал регистрации микробиологических исследований на
сибирскую язву

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ,):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

Реттік нөмірі поряд- ковый номер	Тіркеу нөмірі регистра- ционный номер	Зерттеу ба- сталған күн, ай, жыл дата нача- ла исследо- вания	Өсу сипаты характер роста		Жасушалар морфологиясы морфология клеток (микроскопия)				Антиденелер әдісі АФЭ Метод флуо- ресцирующих Антител МФА
			Сұйық корек- тік ортада (СҚО-да) Жидкой пи- тательной среде (ЖПС)	Тығыз корек- тік ортада (ТҚО-да) Плотной пи- тательной среде (ППС)	Грам бой- ын- ша по Гра- му	Реби- гер бой- ынша по Ре- биге- ру	Романов- ский-Гим- за бойынша по Рома- новскому- Гимза	Гинс- Бурри	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы/Продолжение таблицы

Пассивті гемагглютинация Реакция- сы (ПТР) Реакция пассивной гемагглютина- ции (РПГА) на:		капсуланың пайда бо- луы капсулообразование (Михину)		Фаг сезгіш- тігі чувстви- тель- ность к фагу	фосфата- зды бел- сенділігі фосфа- тазная актив- ность	"маржан алқа" те- сті тест "жемчуж- ное оже- релье"	пеницилли- назды бел- сенділігі пеницилли- назнаяак- тивность	гемолити- калы бел- сенділігі гемолити- ческаяак- тивность
11		12		13	14	15	16	17
т.б. әдістер другие методы	Зертхана жануар- ларына арналған патогендік Патогенность для лабораторных жи- вотных	Антибио- тикерді сезгіштігі чувствитель- ность к ан- тибиотикам	Зерттеу нәти- жесі результат ис- следования	Зерттеу аяқтал- ған күн, ай, жыл Дата оконча- ния исследова- ния	Зерттеу жүргізген адамның Т.А. Ә. (ол болған жағдайда) және колы Ф.И.О. (при его наличии) и под- пись проводившего исследова- ние			
18	19	20	21	22	23			

Приложение 240
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
240- қосымша

Приложение 240
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 240/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 240/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Пастереллезге микробиологиялық зерттеуді тіркейтін жұмыс журналы
Рабочий журнал регистрации микробиологических исследований на
пастереллез

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ,):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

реттік нөмірі поряд- ковый номер	тіркеу нө- мірі регистра- ционный номер	зерттеу ба- сталған күн, ай, жыл дата начала исследова- ния	өсу сипаты характер роста		жасушалар морфоло- гиясы морфология клеток (микроскопия)		Пассивті гемаглютина- ция Реакциясы (ПГР) Реакция пассивной ге- магглютинации (РП- ГА) на:
			Сұйық корек- тік ортада (СҚО-да) Жидкой пита- тельной среде (ЖПС)	Тығыз корек- тік ортада (ТҚО-да) Плотной пита- тельной среде (ППС)	Грам бой- ынша по Гра- му	Романовский- Гимза бойын- ша по Романов- скому-Гимза	
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы/ Продолжение таблицы

гемоли- тикалы белсенді- лігі гемоли- тическая актив- ность	индол- дың пайда болуы образо- вание индола	уреазная ак- тивность Уреазды белсенділігі	орнитин	лизин	арабиноза	глюкоза	эскулин	рам- ноза	Қоз- ғалғы- штығы По- движ- ность	фе- нил- ала- нин
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
лактоза	са- ха- ро- за	Мальтоза	ино- зит	са- ли- цин	трига- лоза	Зертхана жа- нуарларына арналған пато- гендік Патогенность для лаборатор- ных животных	Антибио- тикерді сезгіштігі чувстви- тельность к антибио- тикам	Зерт- теу нәтиже- сі результ- ат ис- следо- вания	Зерттеу аяқтал- ған күн, ай, жыл Дата оконча- ния ис- следова- ния	Зерттеу жүр- гізген адам- ның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) және қолы Ф.И.О. (при его наличии) и подпись проводивше- го исследова- ние
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

Тір- кеу нө- мірі (Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер)	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его нали- чии) обследоуе- мого)	ЖСН (ИИН) / Жасы (Воз- раст)	Үйі- нің ме- кен- жайы (До- маш- ний ад- рес)	Диа- гно- зы (Ди- а- гноз)	Зерт- теле- тін үлгі (Ис- сле- дую- мый об- ра- зец)	Үлгі- нің түс- кен кү- ні, айы, жылы (Дата, месяц, год по- стуже- ния об- разца)	Үлгіні жолда- ған меке- менің атауы Наимено- вание ор- ганиза- ции на- правив- шего об- разец	Зерт- теу жүргі- зілген күн, ай, жыл (Дата, месяц, год про- веде- ния ис- слеова- ния)	Зерт- теу нәти- жесі (Ре- зуль- тат ис- сле- дова- ния)	Нәти- же бері- лген күн, ай, жыл (Да- та, ме- сяц, год выда- чи ре- зультата)	Зерттеу жүргіз- ген адамның тегі, аты, әкесі- нің аты (ол болған жағдай- да), лауазымы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность ли- ца, проводив- шего исследо- вание)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Приложение 242
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
242- қосымша

Приложение 242
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 242/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 242/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Сыртқы орта объектілерінен алынған үлгілерді молекулалық-генетикалық
зерттеуді тіркеу және нәтижелерін беру журналы**
**Журнал регистрации и выдачи результатов молекулярно-генетического
исследования образцов от объектов внешней среды**

Басталуы (Начат) « _____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «_____» _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая
нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Тіркеу нөмірі (Регистрацион- ный номер)	Күні, уақыты (Дата, время)		Үлгіні жіберген мекеме (Учреждение на- правившее обра- зец)	Үлгі алу ор- ны (Место от- бора образ- ца)	Зерттеу мақсаты (Цель ис- следования)	Зерттелетін үлгі (Исследуе- мый образец)
	Үлгі алынған (Отбора образца)	Үлгінің зертхана- ға түскен (Поступления об- разца в лаборато- рию)				
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 оконча- ния исследования)	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О (при его наличии), подпись специалиста, проводившего исследо- вание)		
8	9		10	11		

Приложение 243
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
243- қосымша

Приложение 243
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 243/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 243/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Адамдардан алынған үлгілерді молекулалық-генетикалық зерттеуді тіркеу
және нәтижелерін беруді тіркеу журналы**

**Журнал регистрации и выдачи результатов молекулярно-генетического
исследования образцов от людей**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні, уақыты Дата, время		Тексерілушінің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии) об- следуемого	Жа- сы Воз- раст	Ме- кен жайы Ад- рес про- жива- ния	Үлгіні жолда- ған ұйым Организация, направившая образец	Ди- а- гно- зы Ди- а- гноз
	Үлгі алу Отбора образца	Үлгіні қабыл- дау Поступления образца					
1	2	3	4	5	6	7	8
Зерттеу мақса- ты Цель иссле- дования	Зерттеліне- тін үлгі Исследуе- мый обра- зец	Зерттеу басталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год начала исследова- ния	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн ай, жыл Дата, месяц, год окончания исследо- вания	Зерттеу жүргізген маманның Т. А.Ә. (ол болған жағдайда), лау- азымы қолы Ф.И.О (при его наличии), долж- ность подпись специалиста, проводившего исследование		
9	10	11	12	13	14		

Приложение 244
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
244- қосымша

Приложение 244
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 244/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 244/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Зооноздық инфекцияларға микробиологиялық зерттеулерді тіркейтін жұмыс журналы

Рабочий журнал регистрации микробиологических исследований на зоонозные инфекции

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

Тір-кеу-нө-мірі Ре-ги-стра-ци-он-ный но-мер	Зерттеу бастал-ған күн, ай, жыл Дата на-чала ис-следова-ния	Өсу сипаты Характер роста		Жасуша морфологиясы Морфология клеток (мик-роскопия)			АФӨ Метод флуоресци-рующих Антител - МФА	Пассивті геамаглютинация реакциясы: Реакция пассивной геагглютинации (РІ			
		Сұйық кор-ректік орта-да (СҚО-да) На жидкой питатель-ной среде (ЖПС)	Тыг-ыз кор-рек-тік орта-да (ТҚО-да) На плот-ной пита-тель-ной среде (ППС)	Грам бой-ын-ша по Гра-му	Ре-би-гер бой-ын-ша по Ре-би-геру	Романов-ский-Гимза бойынша по Рома-новско-му-Гимза		Иер-си-ни-озга Иер-си-ниоз	Псев-доту-бер-ку-лезге Псев-доту-бер-кулез	Пасте-реллез-ге Пасте-реллез	Лепто-спироз-ға Леп-тоспироз
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Биохимиялық қасиеттері Биохимические свойства

Желати-наның сұйылуы Разжи-жение желати-ны	Оксидазды белсенділігі Оксидазная активность	Ката-лаз-ды бел-сен-ділігі Ката-лаз-ная ак-тив-ность	Кү-кірт-сутек-тің пайда болуы Обра-зова-ние серо-водо-рода	Гемолитикалы белсенділігі Гемолитическая активность	Уреазды белсенділі-гі Уреазная активность	Несепнәр гидролизі Гидролиз мочевины	Индолдың пайда бо-луы Образова-ние индола	Орнитин	Лизин
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25

Кестенің жалғасы/Продолжение таблицы

Биохимиялық қасиеттері Биохимические свойства												
Сахароза	Маль-тоза	Лак-тоза	Ино-зит	Салицин	Три-га-лоза	Эс-ку-лин	Рам-ноза	Ман-нит	Қоз-ғалғы-штығы	Фе-нил-ала-нин	Нит-рат-тар-дың қал-пы-	Фо-гес-тар-дың Про-скау-эр реак-

									По- движ- ность		на ке- луі Вос- ста- нов- ле- ние нит- рат- тов	ция- сы реак- ция Фо- гес- Про- скау- эра
28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Диагностикалық сарысулары- мен агглютинация реакциясы Реакция агглюти- нации с ди- агностическими сыворотками		Зертхана жануар- ларына арналған патогендік Патогенность для лаборатор- ных животных		Антибиотиктер- ге сезімталдық Чувствитель- ность к антибио- тикам		Зерттеу нәтиже- сі Резуль- тат ис- следова- ния		Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год окон- чания исследования		Зерттеу жүргіз- ген маманның Т. А.Ә. (ол болған жағдайда), лауа- зымы қолы Ф.И.О (при его наличии), долж- ность подпись специалиста, проводившего исследование		
41		42		43		44		45		46		

Приложение 245
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
245- қосымша

Приложение 245
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 245/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 245/y Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Туляремияға микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований на туляремию

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Тір- кеу нө- мірі (Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер)	Зерт- теу ба- стал- ған күн (Дата нача- ла ис- сле- дова- ния)	Өсу сипаты					Грам бойынша жасуша морфоло- гиясы (Морфо- логия клеток по Граму (микро- скопия))	АФӨ - антидене- лердің флуорес- ценция әдісі Метод флуорес- цирую- щих ан- тител (МФА)	Био сынама алынған жа- нуарлар- дың жұғын- ды-таңбала- ры (Мазки-от- печатки от биопроб- ных живот- ных)	Кап- сула- ның пай- да бо- луы (Кап- суло- обра- зова- ние)	Спо- ра- ның түзі- луі (Спо- рооб- разо- ва- ние)	Фаг- ка се- зім- тал- дық Чув- стви- тель- ность к фа- гу
		Характер роста										
		Сұйық корек- тік орта- да (СҚО- да) (На жидкой пита- тельной среде (ЖПС))	ТҚО-да на ППС									
Ет- пеп- тон- ды агар- да ЕПА (Мя- со- пеп- тон- ном агаре МПА)	Қан- ды агар- да (Кро- вя- ном ага- ре)		Шо- ко- лад- ты агар- да (Шо- ко- лад- ном ага- ре)	Ци- сте- ин- мен бай- ыты- лған (Обо- га- щен- ной ци- стеи- ном)								
1	2	3	4	5	6	7	8	10	11	12	13	14

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Биохимиялық қасиеттері						Туляремия сарысуы бар агглютинация реакциясы (Реакция агглютинации с туляреминой сывороткой)	Зертхана жануарлары үшін патогенділік (Патогенность для лабораторных животных)	Антибиотиктерге сезімталдығы (Чувствительность к антибиотикам)	Зерттеу нәтижесі (Результат)	Зерттеу аяқталған күн (Дата окончания исследования)	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы (Ф.И.О (при его наличии), должность, подпись специалиста, проводившего исследование)
Биохимические свойства											
Глицериннің ферменттелуі (Ферментация глицерина)	Оксидазды белсенділік (Оксидазная активность)	Каталаздық белсенділік (Каталазная активность)	Бета-лактамазды тест (Бета-лактамазный тест)	Қозғалғыштығы (Подвижность)	Уреазды белсенділік (Уреазная активность)						
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Приложение 246
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
246- қосымша

Приложение 246
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 246/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 246/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Тырысқақ қоздырғышының болуына сыртқы орта объектілерінің үлгілерін
және зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы**
**Журнал регистрации образцов и результатов исследований объектов
внешней среды на наличие возбудителя холеры**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Үлгіні жолдаған ұйым Организация, направившая образец	Зерттелінетін үлгі Исследуемый образец	Объектінің мекен-жайы 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	
Судың t °C t°C воды	Су-дың pH pH воды	Уақыты (сағаты) Время (часы)			Зерттеудің нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т. А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы қолы Ф.И.О (при его наличии), должность подпись специалиста, проводившего исследование
		1-ші пептондық суға себу Посева на 1-ю пептонную воду	2-ші пептондық суға қайта себу Пересева на 2-ю пептонную воду	2-ші пептондық судан қайта себу Высев со 2-ой пептонной воды			
7	8	9	10	11	12	13	14

Приложение 247
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
247- қосымша

Приложение 247
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 247/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 247/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Сынамаларды қабылдау және үлгілерді тіркеу журналы

Журнал регистрации образцов и приема проб

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Рет- тік нө- мірі (По- ряд- ко- вый но- мер)	Өтініштің қа- ралған күні (Дата по- ступления обращения)	Мекеменің ата- уы, мекенжайы (Наименование предприятия, адрес)	Сына- маның атауы (Наиме- нова- ние проб)	Сына- ма кө- лемі (Коли- че- ство проб)	Сынама алған зерт- ханалар (Лаборато- рии полу- чив шие про- бы)	Зерттеу нәтижесін алу күні, хаттама нөмірі (Дата получения результа- тов исследования, номер протокола)	Хаттаманы алу күні және алушы- ның қолы (Дата и подпись получившего про- токола)
1	2	3	4	5	6	7	8

Приложение 248
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
248-қосымша

Приложение 248
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 248/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 248/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Тырысқақтың бөлінген өсірінділерінің сипаттамасын есепке алуды тіркеу журналы

Журнал регистрации учета характеристики выделенных культур холеры

Тіркеу нөмірі	Штамм №	Мик- роб-	Зерт- теу	Күні, айы, жылы	Алғашқы себу		Окси- даза		
---------------	------------	--------------	--------------	--------------------	-----------------	--	---------------	--	--

(Регистрацион- ный номер)		(№ штам- ма)	тың түрі (Вид- мик- роба)	объек- тісі (Объ- ект иссле- дова- ния)	(Дата, ме- сяц, год)		(Первич- ный посев)	Мор- фоло- гиясы (Мор- фоло- гия)	(Ок- сида- за)	Бар бо- луы (На- ли- чие)	Хью-Лейфсон орта- сында глюкозаның ыдырау типі (Тип расщепления глюкозы в среде Хью-Лейфсона)
1		2	3	4	5		6	7	8	9	10
Лизиннің декарбоксилазалары (Декарбоксилазы лизина)			Аргининнің дегидролазасы (Дегидролазы аргинина)			Аэробты (Аэробный)			Анаэробты (Анаэробный)		
			Орнитиннің (Орнитина)								
11			12			13			14		
Биохимиялық белсенділігі (Биохимическая активность)							Тырысқақ сарысуларымен агглютинабельділігі (Агглютинабельность холерными сыворотками)				
Сахароза	Ман- ноза	Ара- бино- за	Лак- тоза	Ман- нит	Инозит	Же- ла- ти- на	«О»	Огава	Инаба	О 139	RO
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

ПГАР (РНГА)			ФАӨ МФА	Тырысқақ фағтарына сезімталдық Чувствительность к холерным фагам							
				«С»		Эльтор		ДДФ		ХДФ-3,4,5	
27			28	29		30		31		32	
Фа- го- тип (Фа- го- тип)	Фогес-Про- скауэр реак- циясы (Реакция Фо- гес-Проскауэ- ра)	Гемагглю- тинация (Гемагглю- тинация)	Ге- мо- лиз (Ге- мо- лиз	Жас көжектерде сы- налған вирулентті- лік (Вирулентность на кроликах сосунках)	Антибиотиктерге сезімталдық (Чувствительность к антибиотикам)						ПТР нәти- желе- рі (Ре- зуль- таты ПЦР)
					Тет- ра- цик- лин	Лево- мице- тин	Ципро- флок- сацин	Ген- та- ми- цин	Бас- қа- лар (Дру- гие)	По- ли- мик- син 50 ед. /мл	
33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44

Приложение 249
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
249-қосымша

Приложение 249
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 249/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 249/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Тырысқақ қоздырғышының болуына адамдардан алынған материал
үлгілерін және зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы**

**Журнал регистрации образцов материала от людей и результатов
исследования на наличие возбудителя холеры**

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

тіркеу нөмірі регистрационный номер	Зерттелушінің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии) обследуемого		Жасы Возраст	Жұмыс орны, қыз- меті Место работы, должность		Ме- кен- жайы Ме- сто жи- тель- ства	Үлгіні жолдаған ұйым Организация, на- правившая обра- зец	Контин- гент немесе диагноз Контин- гент или ди- агноз
1	2		3	4		5	6	7
Алғашқы немесе қайта зерттеу Исследование первичное или повторное	Күні, айы, жылы және уақыты Дата, месяц, год и время		Зерт- теліне- тін үл- гі Иссле- дуе- мый обра- зец	Зерт- теу нәти- жесі Резуль- тат ис- следо- вания	Зерттеу аяқ- талған күн, ай, жыл Дата, месяц, год оконча- ния исследо- вания	Зерттеу жүргізген маманның Т. А.Ә. (ол болған жағдайда), лауа- зымы қолы Ф.И.О (при его наличии), долж- ность подпись специалиста, про- водившего исследование		
	Үлгі алу Взятия образца	Зертхана- ның қабылда- ған Поступления в лабораторию						
8	9	10	11	12	13	14		

Приложение 250
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
250- қосымша

Приложение 250
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 250/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 250/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Аэроиондар шоғырлануын өлшеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации измерений концентрации аэроионов

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж.(г.)

--	--	--	--	--	--	--	--

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні, айы, жылы (Дата, месяц, год)	Объектінің атауы (Наименование объекта)	Цех, бөлім (Цех, отдел)	Жұмыс орындарының саны (Количество рабочих мест)	Аэроиондардың концентрациясы Концентрации аэроионов				Униполярлы коэффициенті, (Коэффициент униполярности)		Аэроиондардың полярлығы (Полярность аэроионов) p+ p-
					Оң иондар саны (Число положительных ионов, в 1 см3)		Теріс иондар саны (Число отрицательных ионов, в 1 см3)				
					Өлшенген Измеренное	Шекті рұқсат етілген Предельно допустимое	Өлшенген Измеренное	Шекті рұқсат етілген Предельно допустимое	Өлшенген Измеренное	Шекті рұқсат етілген Предельно допустимое	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Аэроиондардың шоғырлануы, р, (ион/см³) Концентрации аэроионов, р, (ион/см³)											Униполяр- лылық ко- эффици- енті, У (Коэффи- циент униполяр- ности, У)	Қолданылған құралдардың атауы (Наименова- ние использо- ванных при- боров)	Зерттеу жүргізген маман- дардың тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) специали- стов, проводивших измере- ние)
Өлшем бірлігінің мәні, р _i , (Значения единичного измерения, р _i)								Орташа мәндер (Средние значения)					
1	2	3	4	5	6	7	8	Рор- таша Рсред	Pmin	Pmax			
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Приложение 251
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
251-қосымша

Приложение 251
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 251/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 251/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Тамақтан улануларды микробиологиялық зерттеулерді тіркейтін жұмыс
журналы**
**Рабочий журнал регистрации микробиологических исследований пищевых
отравлений**

Басталуы (Начат) « ____ » _____ 20 ____ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) « ____ » _____ 20 ____ ж. (Г.)

Күні Да- та	Тір- кеу нөмі- рі Регис- тра- цион- ный номер	Өнім- нің, сы- нама- ның атауы Наиме- нова- ние про- дукта, пробы	МА- ФАМ	Титр E. coli	Про- тей титрі Титр про- тея	Саль- монел- лаға, шигел- лаға зерттеу Иссле- дова- ние на сальмо- неллы, шигел- лы	Стафи- ла- коккқа зерттеу Иссле- дова- ние на стафи- лококк	Энте- ро- коккқа зерттеу Иссле- дова- ние на энтеро- кокк	Cereus- ке зерт- теу Иссле- дзова- ние на V. cereus	Анаэ- роб- тар Анаэ- робы	Био- сы- на- ма Био- про- ба	Нәти- же Ре- зульт- тат	Күні, қолы Да- та, под- пись
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Приложение 252
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 252/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация форма № 252/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № ____

Тамақтан улануларды микробиологиялық зерттеулерді (ботулотоксинге зерттеулерді) тіркеу журналы

Журнал регистрации микробиологических исследований пищевых отравлений (исследований на ботулотоксин)

Күні	Тіркеу нөмірі		МА-ФАМ							
------	---------------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--

(Да- та)	(Реги- страцион- ный но- мер)	Өнімнің, сы- наманың ата- уы (Наименова- ние продук- та, пробы)		Е. солтит- рі Титр E.coli	Про- тей титрі (Титр про- тея)	Сальмонелла- ға, шигеллаға зерттеу (Исследо- вание на сальмо- неллы, шигел- лы)	Стафила- коккқа зерттеу (Исследо- вание на стафило- кокк)	Энтеро- коккқа зерттеу (Исследо- вание на энтеро- кокк)	Cereus- ке зерт- теу (Иссле- дова- ние на cereus)	Анаэ- роб- тар (Анаэ- робы)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Биосынама/Биопроба /Бейтараптандыру реакциясы/Реакция нейтрализации/											
ABCEF сарысулар қоспасы Смесь сывороток ABCEF								Бақылау / Контроль			
1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн	2 күн	3 күн	4 күн
12	13	14	15	16	17	18	19				
Биосынама /Биопроба Бейтараптандыру реакциясы/ Р.нейтрализации /											
Сарысу "А" түрі Сыворотка тип А"				Сарысу "В" түрі Сыворотка тип " В "				Сарысу "С" түрі Сыворотка тип " С "			
1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн	2 күн	3 күн	4 күн
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Биосынама/Биопроба/ Бейтараптандыру реакциясы / Р.нейтрализации /												Нәтиже Результат	Күні, қолы Дата, подпись
Сарысу «Е» түрі Сыворотка тип «Е»				Сарысу « F» түрі Сыворотка тип «F»				Бақылау /Контроль					
1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн	2 күн	3 күн	4 күн		
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Приложение 253
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 253/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация форма № 253/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № ____

**Тамақтан улануларды микробиологиялық зерттеулерді (ботулизм
қоздырғышына зерттеулерді) тіркейтін жұмыс журналы**
**Рабочий журнал регистрации микробиологических исследований пищевых
отравлений (исследований на возбудителя ботулизма)**

Күні	Тіркеу нө- мірі		МА- ФАМ	Титр E.coli						
------	--------------------	--	------------	----------------	--	--	--	--	--	--

Дата	Регистра- ционный номер	Өнімнің, сы- наманың ата- уы Наименова- ние продук- та, пробы			Про- тей титрі Титр про- тея	Сальмонелла- ға, шигеллаға зерттеу Исследование на сальмонел- лы, шигеллы	Стафила- коккқа зерттеу Исследова- ние на ста- филококк	Энтеро- коккқа зерттеу Исследо- вание на энтеро- кокк	V.cereus- ке зерт- теу Иссле- дкова- ние на V. cereus	РН сре- ды
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Продолжение таблицы

Анаэробтар Анаэробы								Нәтиже/ Результат Күні, қолы/ Дата, подпись
Китт-Тароцци қоректік ортасы / Ср.Китт-Тароцци Қыздырылған егінді 80 to-37o/ гре- тая при 80o на to 37o				Китт-Тароцци қоректік ортасы / Ср.Китт-Тароцци Қыздырылған егінді 60 to-30o/ гре- тая при 60o на to 30o				
2 күн	4 күн	6 күн	10 күн	2 күн	4 күн	6 күн	10 күн	
12	13	14	15	16	17	18	19	20

(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

Приложение 255
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
255- қосымша

Приложение 255
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 255/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 255/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Мал шаруашылығы өнімдеріндегі антибиотиктердің қалдық мөлшерін
анықтау
бойынша микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований по определению
остаточных количеств антибиотиков в продуктах животноводства**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Әкелі- ну күні Дата до- став- ки	Тіркеу нө- мірі Регистра- ционный номер	Әкелі- ну уа- қыты Вре- мя до- став- ки	Зерттеу ба- сталған уа- қыт Время нача- ла исследо- вания	Өнімнің атауы, алыну орны, ма- териалды кім алды Наименование продукта, место забора, кем сделан забор мате- риала	А/б сериясы, жұ- мыстық концен- трациясы А/б, серия, рабо- чая концентрация	Тест- мик- роб	М/орг-ның шамаланған себу дозасы Орентиров-я посевн. доза м /орг-ма
1	2	3	4	5	6	7	8

Продолжение таблицы

Қорек- тік орта мен бу- фер Пита- тельная среда и буфер	1 табақша- дағы орта- ның мөл- шері Количе- ство среды на 1 чашку	Өсіріндінің өсуі теже- луінің диа- метрі Диаметр задержки роста куль- тур	Орта бірліктер- ге уақыттық түзету Временная по- правка в сред- ние величины	2 қатар табақша- лардың орта ариф- метикалық саны Средн. арифмети- ческое 2-х парал- лельных чашек	Өсу тежелуі ай- мағының диа- метрлер айырма- сы Разность диамет- ров зоны задерж- ки роста	Өнімдердегі анықталған а /б қанықтығы Опред. кон- центрация а/б в продуктах	Нәти- жесі, күні, колы Резуль- тат, да- та, под- пись
9	10	11	12	13	14	15	16

Приложение 256
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
256- қосымша

Приложение 256
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 256/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 256/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Тамақ және мал шаруашылығы өнімдеріндегі бактерияға қарсы
препараттардың қалдық мөлшерін анықтау бойынша зерттеулерді тіркеу
журналы**

**Журнал регистрации исследований по определению остаточных количеств
антибактериальных препаратов в продуктах питания и животноводства**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Жет- кізу күні Да- та до- став- ки	Тір- кеу нөмірі Регис- тра- ции- он- ный номер	Жет- кізу уа- қы- ты Вре- мя до- став- ки	Зерт- теу ба- стал- ған уа- қыт Время нача- ла ис- следо- вания	Зерт- теу түрі (әдісі) Вид (ме- тод) ис- сле- дова- ния	Өнімнің атауы, алынған орны, ма- териалды кім алды Наименование про- дукта, место забо- ра, кем сделан за- бор материала	Бактерияға қарсы препа- раттың атауы Наименова- ние антибак- териального препарат	Бактерияға қарсы препа- раттардың қалдық мөл- шерінің зерттеу нәтижесі Результат исследования остаточного количества антибактериальных пре- паратов	Зерттеу жүргіз- ген адамның Т. А.Ә. (ол болған жағ- дайда) Ф.И.О. (при его наличии) проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Приложение 257
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
257- қосымша

Приложение 257
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 257/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 257/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Қанды стерилділікке микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований крови на
стерильность

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Күні Да- та	Тір- кеу нө- мірі	Т.А.Ә. (ол болған жағ- дайда) , ме- кен жайы, жұ- мыс орны Ф.И. О. (при его на- ли- чии), адрес, место работы	Қан- ды акел- ген адам- ның тегі, аты, әкесі- нің аты, луа- зымы қолы Фа- ми- лия, имя, отче- ство, долж- ность и под- пись лица до- ста- вив- шего кровь	Зерт- теу мақ- саты Цель ис- сле- дова- ния	Тем- пе- ра- ту- ра- лық тәр- тібі Тем- пе- ра- тур- ный ре- жим	Себулер Высевы					Мик- ро- ско- пия	Сәй- кестен- діру те- сттері Тесты иден- тифи- кации	Нәти- же Ре- зульт- тат	Тал- дау аяқ- тал- ған күн Дата окон- ча- ния ана- лиза	Нәти- же беріл- ген күн, ай, жыл Дата выда- чи ре- зульт- тата	Зерт- теу жүргіз- ген адам- ның қс лы, те- гі, аты әкесі- нің аты (ол болған жағ- дайда) Фами- лия имя от- чество (при его на- ли- чии), под- пись лица прово- дивше- го ис- следо- вание
						I	II	III	IV	V						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

Приложение 258
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
258- қосымша

Приложение 258
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 258/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 258/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Адамдардан алынған клиникалық материалды (антибиотикке
сезімталдыққа)
зерттеу сынамаларын есепке алу және тіркеу журналы
Журнал регистрации и учета проб исследования клинического материала от
людей (антибиотикочувствительность)**

Басталуы (Начат) «__»_____20__ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__»_____20__ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) Используемая
нормативная документация (далее – НД):

1.

1.

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Зертханаға түскен күні (Дата поступления в лабо- раторию)	Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О. (ол болған жағдайда))	Жасы (Воз- раст)	Орталардың атауы (Наименова- ние сред)				КТБ (сұйылтқанда) (в разве- дение КОЕ)
				5	6	7	8	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Антибиотиктер* /өсуді тежеу аймағының диаметрі (мм) (Антибиотики*/диаметр зоны задержки роста (мм))													
Пени- цил- лин	Ами- ка- цин	Эрит- роми- цин	Ампи- цил- лиг	Окса- цил- лин	Ван- коми- цин	Докси- цил- лин	Амок- си- клав	Тетра- цик- лин	Ген- тами- цин	Кана- ми- цин	Неоми- цин	Азит- роми- цин	Ме- ро- пе- нем
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Антибиотиктер/ өсуді тежеу аймағының диаметрі (мм) (Антибиотики/диаметр зоны задержки роста (мм))												
Име- пе- нем	Тобра- мицин	Кана- ми- цин	Це- фазо- лин	Це- фе- пим	Цеф- тази- дим	Нор- флокса- цин	Левоми- це- тин	Пе- флок- сацин	Цефа- лек- сим	Цефо- так- сим	(антибио- тик атауы)	(антибио- тик атауы)
24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Саңырауқұлаққа қарсы препараттар (Противогрибковые препараты)							
Амфо- терицин	Кло- три- ма- зол	Нис- та- тин	Кето- кона- зол	Интра- конозол	Флу- кона- зол	Зерттеу нәти- жесі Результат ис- следования	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағ- дайда), лауазымы және қолы (Ф.И.О. (при его наличии), должность и подпись ли- ца, проводившего исследование)
37	38	39	40	41	42	43	44

***антибиотик атауы зерттеулерге сәйкес ауыстырылуы мүмкін/возможна замена
наименования антибиотика в соответствии с исследованиями**

Приложение 259
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
259- қосымша

Приложение 259
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 259/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 259/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Адамдардан алынған клиникалық материалды (дисбактериозға) зерттеу
сынамаларын тіркеу журналы Журнал регистрации проб исследования
клинического материала от людей (дисбактериоз)**

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая
нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Күні Дата		Т.А.Ә. (ол болған жағдай- да) Ф.И.О. (при его наличии)	Жа- сы Воз- раст	Қоректендіру орталарында өсу (өсіру) Рост на питательных средах (в разведение)									
Тіркеу нөмірі	Зертхана- ға келіп түскен Поступ- ления в лаборато- рию			Сре- да	Глю- коза	Лак- тоза	Ин- дол	Се- ро- во- до- род	Сим- монс	Шукс- вичу бойын- ша/ По Шукс- вичу	Гли- це- рин	Ли- зин	Ман- нит
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Кестенің жалғасы Продолжение таблицы

Қоректендіру орталарында өсу (өсіру) Рост на питательных средах (в разведе- ние)											
Кларка	Сорбит	Адонит	Инозит	Ацетат Na	Малонат Na	Ксилоза	Рамноза	Аробиноза	Фенилаланин		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		

Кестенің жалғасы Продолжение таблицы

Сезімтал- дық Чув- ствитель- ность	ЖСА	Са- бу- ро	Қан- ды агар Кро- вя- ной агар	Мик- ро- ско- пия	Виль- сен- Блер	Бло- урокк	Лакто- бактери- ялар /Лакто- бакте- рии	Өсіп шыққан микроорга- низмдер саны (1гр фекалийде) Количество выросших микроор- ганизмов (в 1гр фекалий)	Нәти- же беріл- ген күн Дата выда- чи ре- зульт- тата	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), Ф.И.О. (при его наличии) лица про- водивше- го исследо- вание
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35

Приложение 260
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
260- қосымша

Приложение 260
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 260/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 260/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Өсімдік шаруашылығы өнімдерінің үлгілерін тіркеу және құрамында
нитраттардың болуына зерттеу нәтижелерін есепке алу журналы**

**Журнал регистрации образцов и учета результатов исследования
растениеводческой продукции на содержание нитратов**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Зерт- хана- лық нө- мірі	Үл- гілер алын- ған күн	Сынама- ның (үл- гінің) атауы	Са- ны Ко- ли- че- ство	Алын- ған ауда- ны, орны Райо- ны Ме- сто отбо- ра	Анықталған нитраттар (мг /кг) Обнаружен- ное содержа- ние нитратов (мг/кг)	Рұқсат етіл- ген нитрат- тың мөлше- рі(мг/кг) Допустимое содержание нитратов (мг/кг)	Нәти- же- беріл- ген күн Дата выда- чи ре- зультата	Зерттеу жүргізген адамның колы,тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Приложение 261
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
261- қосымша

Приложение 261
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 261/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 261/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « _____ » _____ 20 _____ года № _____

Безгекке зерттеп-қаралатын адамдарды тіркеу журналы
Журнал регистрации обследуемых на малярию

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

	Зертханаға препа-	Тексерілу- шінің те-		Мекен- жайы	Жұмыс ор-	Алғаш- қы	Келген жері (елі), бо-	Зерттеу- лер	Нәтиже- лер		Зерттеу әді-	Зерттеу жүргізген	Ескертпе
--	----------------------	-------------------------	--	----------------	--------------	--------------	------------------------------	-----------------	----------------	--	-----------------	----------------------	----------

Тір- кеу нө- мірі	раттар- ды Қа- был- данған күні	гі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдай- да), Фамилия имя отче- ство (при его нали- чии) об- следо- мого	Ту- ған жы- лы Год рож- де- ния	Ад- рес про- жи- ва- ния	ны, лауа- зымы Ме- сто рабо- ты, долж- ность	қой- ыл- ған диа- гноз Пер- вич- ный диа- гноз	лу ке- зеңі, айы, жы- лы ҚР- на кел- ген күні. Откуда (страна) прибыл, период пребыва- ния, Да- та при- бытия в РК	дің саны Ко- ли- че- ство ис- сле- дова- ний	бері- лген күн Дата выда- чи ре- зультата	Зерт- теу нәти- жесі Ре- зультат ис- сле- дова- ния	сте- ме- нің НҚ- ры НД на ме- тод ис- пы- та- ний	адам- ның қо- лы, те- гі, аты, әкесі- нің аты (ол болған жағдай- да), лау- азымы Фами- лия имя отче- ство (при его на- личии), долж- ность и под- пись прово- дивше- го ис- следова- ние	При- ме- ча- ние
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Приложение 262
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
262- қосымша

Приложение 262
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 262/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 262/y Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Паразитологиялық зертханалардағы зертханашілік бақылауды
(шайындыларды) тіркеу журналы**
**Журнал регистрации внутри лабораторного контроля (смывы) в
паразитологических лабораториях**

Басталуы (Начат) " _____ " _____ 20 _____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нө- мірі Регистраци- онный но- мер	Зерттеу жүр- гізілген күн, Дата проведе- ния исследова- ния	Үлгі алынған орын Место взятия образца	Зерттеу нәтижелері Результаты исследова- ния	Сынақ әді- сіне арнал- ған НҚ НД на ме- тод испыта- ний	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы Фамилия, имя, отчество (при его наличии), долж- ность лица, подпись, проводившего исследование.
1	2	3	4	5	6

Приложение 263
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
263- қосымша

Приложение 263
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 263/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 263/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Гнус имагосы санының серпінін есепке алу журналы

Журнал учета динамики численности имаго гнуса

Облыста (в области) _____ 20 ____ ж. (г.)

Занды және жеке тұлғаның толық атауы (Полное наименование юридического, физического лица)

Есепке алу тәсілі (20 минуттық «өзіне» аулау немесе өсімдіктерді шабу) (Способ учета (20-минутный облов «на себя» или кошение по растительности))

Буын аяқтылар тобы** (Группа членистоногих)**	Сынақ әдісіне НҚ (НД на метод испытаний)	Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі - ОА) саны Подекадная и среднемесячная (далее-СМ) численность											
		Сәуір Апрель				Мамыр Май				Маусым Июнь			
		1	2	3	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі - ОА) саны) (Подекадная и среднемесячная (далее-СМ) численность												Орташа маусымдық көрсеткіш Среднесезонный показатель
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь				
1	2	3	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ	1	2	3	ОА СМ	
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

** Буынаяқтылар тобы: масалар, шіркейлер, құмытылар, соналар
(Группа членистоногих: комары, мошки, мокрецы, слепни)

Приложение 264
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
264- қосымша

Приложение 264
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 264/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 264/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Гнус дернәсілдері санының маусымдық серпінін есепке алу журналы Журнал учета сезонной динамики численности личинок гнуса

Шаруашылық жүргізуші субъектінің толық атауы (Полное наименование хозяйствующего субъекта)

Су қоймасының № (№ водоема)

Есепке алу тәсілі (ебелек немесе кювета) (Способ учета (сачок или кювета))

_____ ауданында
(в районе)

_____ облысында (в области)

20 ____ ж.(г.)

Буынаяқтылар тобы (Группа членистоноги) **	Сынақ әдісіне НҚ НД на метод испытаний	Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі – ОА) саны (Подекадная и среднемесячная (далее – СМ) численность)											
		Сәуір Апрель				Мамыр Май				Маусым Июнь			
		1	2	3	ОА (СМ)	1	2	3	ОА (СМ)	1	2	3	ОА (СМ)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі -ОА) саны (Подекадная и среднемесячная (далее-СМ) численность)												Орташа маусымдық көрсеткіш (Средне сезонный показатель)	
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь					
1	2	3	ОА (СМ)	1	2	3	ОА (СМ)	1	2	3	ОА (СМ)		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	

* Әрбір он күндікті екі кіші бағанға бөлеміз: алымында – барлық дернәсілдер, бөлгішінде - бір сынамаға келетін саны; Бір м2 су бетіне келетін санды қайта есептеуді зертханалық жағдайда жедел талдау мен материалды жинақтау кезінде жүргізу керек (Каждую декаду делим на две подграфы: в числителе – всего личинок, в знаменателе – численность на одну пробу; Перерасчет численности на один м2 водной поверхности осуществлять в лабораторных условиях при оперативном анализе и обобщении материала).

** Буынаяқтылар тобы: масалар, шіркейлер, құмытылар, соналар (Группа членистоногих: комары, мошки, мокрецы, слепни).

Приложение 265
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
265- қосымша

Приложение 265
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 265/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 265/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Кенелер имагосы санының серпінін есепке алу журналы

Журнал учета динамики численности имаго клещей

_____ ауданында (в
районе), облысында (в области)

Бақылау нүктесінің, орманды типологиялық бөліктің атауы, есепке алу тәсілі (мүйізді ірі қара маршрутында) (Наименование контрольной точки, лесотипологического выдела, способ учета (маршрут на крупнорогатом скоте))	Сынақ әдісіне НҚ (НД на метод испытаний)	Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі - ОА) саны (Подекадная и среднемесячная (далее-СМ) численность)											
		Сәуір Апрель				Мамыр Май				Маусым Июнь			
		1	2	3	ОА (СМ)	1	2	3	ОА (СМ)	1	2	3	ОА (СМ)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі - ОА) саны Подекадная и среднемесячная (далее - СМ) численность												Маусымдық көрсеткіш Сезонный показатель
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь				
1	2	3	ОА (СМ)	1	2	3	ОА (СМ)	1	2	3	ОА (СМ)	
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

Приложение 266
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
266- қосымша

Приложение 266
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 266/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 266/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Энтомофаунаны және кенелерді фенологиялық бақылауды есепке алу
журналы**

Журнал учета фенологических наблюдений за энтомофауной и клещами

Облыстың (Наименование области) _____ ауданның (района)

елді мекеннің атауы (населенного пункта)

Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)

№	Негізгі фендік құбылыстар (Основные феноявления)	Анофелес масасы (Комары Ано- фелес)	Ае- дес	Ку- ликс	Шір- кейлер (Мош- ки)	Сона- лар (Слеп- ни)	Үнсіз ма- салар (Моски- ты)	Шы- бындар (Мухи)
Жәндіктер (Насекомые)								
1.	Қыстаудан ұшып шығуының басталуы (Начало вылета с зимовок)		X	X	X	X	X	
2.	Қыстаудан жаппай ұшып шығуы (Массовый вылет с зимовок)		X		X	X	X	
3.	Қан сорған алғашқы ұрғашы масалар (Первые самки с кровью)		X	X	X	X	X	X
4.	Жаппай қан сорған ұрғашы масалар (Массовость самок с кровью)		X	X	X	X	X	X
5.	Ұрығы жетілген алғашқы ұрғашы масалар (Первые самки с созревшим яйцом)		X	X	X	X	X	X
6.	1-маусымдағы алғашқы дернәсілдер (Первые личинки 1-го возраста)					X	X	
7.	2-маусымдағы алғашқы дернәсілдер (Первые личинки 2-го возраста)				X	X	X	X
8.	3-маусымдағы алғашқы дернәсілдер Первые личинки 3-го возраста				X	X	X	X
9.	4-маусымдағы алғашқы дернәсілдер (Первые личинки 4-го возраста)					X	X	X
10.	Бірінші қуыршақтар (Первые куколки)					X	X	
11.	Бірінші генерацияның ұшуы (Вылет первой генерации)							
12.	Жаппай қан сорудың басталуы (Начало массового кровососания)							X
13.	Имаго санының ең көп кезі (Пик численности имаго)							
14.	Жаппай қан сорудың аяқталуы (Конец массового кровососания)		X					X
15.	Дернәсілдер санының ең көп кезі (Пик численности личинок)					X	X	X
16.	Соңғы қан сорған ұрғашы жәндіктер (Последние самки с кровью)		X	X	X	X	X	X
17.	Су айдындарындағы соңғы дернәсілдер				X	X	X	X

	(Последние личинки в водоемах)							
18.	Бірінші диапаузадағы ұрғашы жәндіктер (Первые диапаузирующие самки)		X	X	X	X	X	X
19.	Жаппай диапаузаға кетуі (Массовый уход в диапаузу)		X	X	X	X	X	X
20.	Соңғы тіркелу мерзімдері (Сроки последней регистрации)							
21.	Масалардың тез жұқтыру маусымының ба- сталуы (Начало сезона эффективной заражаемости комаров)		X	X	X	X	X	X
22.	Масалардың тез жұқтыру маусымының соңы (Конец сезона эффективной заражаемости комаров)		X	X	X	X	X	X
23.	Безгек ауруының адамға берілу мерзімінің басы (Начало сезона передачи малярии человеку)		X	X	X	X	X	X
24.	Безгек ауруының адамға берілу мерзімінің соңы (Конец сезона передачи малярии человеку)		X	X	X	X	X	X
25.	Безгектің жергілікті жағдайының ықтимал тіркелу күні (Дата возможной регистрации местного слу- чая малярии)							
Кенелер (Клеши)		Маршруттарының нөмірлері (Номера маршрутов)						
1.	Маршруттағы бірінші кенелер (Первые клещи на маршруте)							
2.	Жаппай белсенділіктің басталуы (Начало массовой активности)							
3.	Кенелердің жоғары саны (Пик численности клещей)							
4.	Жаппай белсенділіктің соңы (Конец массовой активности)							
5.	Табиғаттағы соңғы кенелер (Последние клещи в природе)							
6.	Маусымдағы белсенділік кезеңі (күндермен) (Период активности за сезон (в днях))							

Приложение 267
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
267- қосымша

Приложение 267
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 267/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 267/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Аса қауіпті инфекциялар қоздырғыштарына дезинфекциялау құралдарының
микробқа қарсы белсенділігінің сынақтарын тіркеу журналы**

**Журнал регистрации испытаний антимикробной активности
дезинфицирующих средств на возбудителей особо опасных инфекций**

Басталуы (Начат) «___»_____20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «___»_____20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая
нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Тір- кеу нөмірі (Реги- стра- цион- ный но- мер)	Дезинфекциялау құралының зертха- на ға түскен күні (Дата поступления дезинфицирующе- го средства в лабо- раторию)	Зерттеу бастал- ған күн, ай, жыл (Дата, месяц, год на- чала ис- следова- ния)	Құралды жіберген мекеме (Учре- ждение напра- вившее средство)	Құрал- дың атауы (Наиме- нова- ние средств)	Зерт- теу мақ- саты (Цель иссле- дова- ния)	Зерт- теу нәти- жесі (Ре- зуль- тат ис- сле- дова- ния)	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл (Дата, ме- сяц, год оконча- ния иссле- дования)	Сы- нақ әді- сіне ар- нал- ған НҚ (НД на ме- тод ис- пыта- ний)	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдай- да), қолы (Ф.И.О (при его наличии), подпись лица, проводивше- го исследование)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Приложение 268
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
268- қосымша

Приложение 268
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 268/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 268/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Метеорологиялық факторларды өлшеу және зерттеу нәтижелерін беруді
тіркеу журналы**

**Журнал регистрации измерений и выдачи результатов исследований
метеорологических факторов**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы(Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацион- ный номер	Кү- ні Да- та	Объектінің атауы Наименова- ние объекта	Цех, бө- лім Цех, от- дел	Ауа температурасы 0С Температура воздуха 0С			Ауаның салыстырмалы ылғал- дылығы % Относительная влажность возду- ха в %	
				Өл- шен- ген Изме- ренная	Нормалар бойынша оңтай- лы/рұқсат етілген оптимальная/допустимая по нормам	өл- шен- ген изме- рен- ная	Нормалар бойынша оңтай- лы/рұқсат етілген оптимальная/допустимая по нормам	
1	2	3	4	5	6	7	8	

Ауа қозғалысының жылдамдығы Скорость движения воздуха не более м/с		Ауаның шығыны, м³ /сағ Расход воздуха, м³ /час		Ауа алмасу жиілігі Крат- ность воздухо- обмена		Өлшеулер са- ны/оның ішінде РЕ- ШД-дан жо- ғары Количество замеров/из- них выше ПДУ	Өлшеу- ге ар- налған құрал- дар Прибо- ры для измере- ния	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әке- сінің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отче- ство (при его нали- чии), проводившего исследование	Сы- нақ әді- сіне арнал- ған НҚ
Өл- шен- ген Из- ме- рен- ная	Нормалар бойынша оң- тайлы/рұқса- тетілген оптимальная /допустимая по нормам	Өл- шен- ген Изме- рен- ная	Рұқсат етіл- ген (жоба бой- ынша) До- пустимое (по проекту)	Есеп- телген Рассчи- танная	Рұқ- сат еті- л- ген До- пу- сти- мая				
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Хабарламаның күні мен уақыты, кім берді (Дата и час сообщения, кто передал)	Хабарлама берген медициналық ұйымның атауы (Наименование медицинской организации, пославшей сообщение)	Зардап шегушінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пострадавшего)	Жасы (Возраст)	Мамандығы (Профессия)	Үйінің мекенжайы (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

Приложение 270
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
270- қосымша

Приложение 270
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 270/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 270/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Сүтқоректілерді тарағанда түскен эктопаразиттерді тіркеу журналы
Журнал регистрации очесов эктопаразитов млекопитающих

Басталуы (Начат) "___" _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20 ж. (г.)

--	--	--	--	--

Рет- тік № № п /п	Кү- ні Да- та	Материалдың анықталған орны(елді мекеннің және әкімшілік ауданның аталуы) Место добычи материала (название административного района, на- селенного пункта, точки сбора)		Жануардың тү- рі Вид животного	Ұсақ сүтқоректілердің са- ны Количество мелких млеко- питающих	
					эктопара- зиттермен с эктопара- зитами	эктопара- зиттерсіз без экзопара- зитов
1	2	3		4	5	6
Иксодтық кенелер Иксодовые клещи		Гамаздықкенелер Гамазовые клещи		Бүрге Блохи	Бит Вши	Ескертпе Примеча- ние
Личинки (L)	Нимфы (N)					
7	8	9		10	11	12

Приложение 271
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
271- қосымша

Приложение 271
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 271/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 271/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Дефектоскоптарды, иондаушы сәулелену көздерін және спектрометрлерді
дозиметриялық бақылауды есепке алу журналы**
**Журнал учета дозиметрического контроля дефектоскопов, источников
ионизационного излучения и спектрометров**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 _____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Кәсіпорынның атауы (Наименование пред- приятия)	ИСК (ИИИ)	За- уыт нө- мірі (Но- мер за- во- да)	Альфа-бета және гамма рентген сәулеленуді өл- шеу саны (Количество замеров альфа-бета и гамма рент- ген излучения)	Өлшеу диапа- зоны (Диапа- зон из- мере- ний)	Хат- тама нөмі- рі (Но- мер прото- кола)	Радон- ды өл- шеу са- ны (Коли- чество замер- ов радо- на)	Өлшеу диапа- зоны (Диапа- зон из- мере- ний)	Хат- тама нөмі- рі (Но- мер прото- кола)	Ба- қы- лау күні (Да- та кон- тро- ля)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Приложение 272
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
272- қосымша

Приложение 272
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 272/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 272/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау органдарының
инфекциялық және паразиттік ауруларды есепке алу журналы**

**Журнал учета инфекционных и паразитарных заболеваний
государственными органами санитарно-эпидемиологического контроля**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тір- кеу нөмірі (Регис- тра- цион- ный но- мер)	Эпиде- миоло- гия- лық нө- мірі (Эпи- демио- логиче- ский номер)	Телефон арқылы хабарланған (қабылданған) күні және саға- ты, алғашқы шұғыл хабарламаны жіберу (алу) күні, кім берді, кім қабылдады (Дата и часы сообщения (приема) по теле- фону и дата отсылки (получения) первич- ного экстренного извещения кто передал, кто принял)	Хабарлама берген медициналық ұйым- ның атауы (Наименование ме- дицинской организа- ции, передавшей со- общение)	Науқас адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больно- го человека)	Жасы (3 жасқа дейінгі балалар- дың туған айы мен жылын көр- сетіңіз) (Возраст (для де- тей до 3-х лет, указать месяц и год рождения))
1	2	3	4	5	6

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Үйінің мекенжайы (қала, ауыл, көше, үй нөмірі, пәтер нөмірі) (Домашний адрес (город, се- ло, улица, номер дома, но- мер квартиры))	Жұмыс, оқу орнының, мектеп жасына дейінгі бала- лар ұйымының (сынып, топ) атауы, соңғы барған күні (Наименование места работы, учебы, детской до- школьной организации (класс, группа) дата послед- него посещения)	Ауыр- ған күні (Дата заболе- вания)	Диагноз және оның қойылған кү- ні (Диагноз и дата его уста- новления)	Ауруханаға жатқызылған күні, орны (Дата, место госпитализа- ции)
7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Ал- ғаш- қы жү- гін- ген күні (Да- та пер- вич- ного обра- ще- ния)	Өзгертілген (нақтылан- ған) диагно- зы, оның нақтыланған күні (Изменен- ный, (уточ- ненный) диа- гноз и дата его уточне- ния)	Эпидемиологиялық тексеру жүр- гізілген күн, инфекциялық ауру ошағында тексеру жүргізген адам- ның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Дата эпидемиоло- гического об- следования, фамилия, имя, отече- ство (при его наличии) обследовав- шего очаг инфекционного заболе- вания)	Тұрақты тұратын жері бойынша мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органдарына, балалар ұйымына, оқу, жұмыс орнына ауру туралы хабарланған күн (Дата сообщения о заболевании в государ- ственные органы санитарно эпидемиологиче- ского надзора по месту постоянного житель- ства, в детскую организацию, по месту уче- бы, работы)	Зертха- налық зертте- улер, нәтиже- лері (Лабора- торные исследо- вания, результ- таты)	Ес- керт- пе (При- меча- ние)
12	13	14	15	16	17

Приложение 273
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
273- қосымша

Приложение 273
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 273/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 273/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Спектротриялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации спектрометрических исследований

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Журнал бойынша нөмірі Номер по журналу	Өлшеу жүргізілген күн Дата проведения измерения	Үлгінің атауы Наименование образца	Үлгінің салмағы (гр) Вес образца (гр)	Үлгіні өлшеу уақыты (сек) Время измерения образца (сек)
1	2	3	4	5	6

Радионуклидтердің белсенділігі, Бк/кг/л/дм³

Активность радионуклидов

Радий- 226	Торий- 232	Калий- 40	Цезий- 137	Стронций-90	Басқа гамма сәулеленуші изотоптар Другие гамма –излучающие изотопы	Меншікті тиімді белсенділігі Удельная эффективная активность
------------	------------	-----------	------------	-------------	---	---

Приложение 274
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
274- қосымша

Приложение 274
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 274/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 274/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Өнеркәсіптік объектілерді зерттеп-қарауды тіркеу журналы
Журнал регистрации обследований промышленных объектов

Тіркеу Нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	объектінің атауы Наименование объекта	Өлшеу жүргізілген орын Место проведения измерений	Гамма сәулеленудің ЭМҚ мкЗв/с /МЭД гамма излучения мкЗв/час	
				Өлшем саны Количество измерений	Өлшеу нәтижелері Результаты измерений

1		2	3	4		5		6
Альфа бөлшектер/см ² х мин Альфа частиц/см ² х мин		Бета бөлшектер/см ² х мин Бета частиц/см ² х ми		Ауада радонның өлшенген, тең салмақты, баламалы, көлемді белсенділігі Бк/м ³ (Измеренная, равновесная, эквивалентная, объемная активность радона в воздухе Бк/м ³)		Топырақ бетінен алынған радон ағымының өлшенген тығыздығы (мБк/ш.м.·сек) (Измеренная плотность потока радона с поверхности гранта (мБк/м ² ·сек)		Өлшеу жүргізген, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы Измерения проводил Ф.И.О. (при его наличии)
Өлшем саны Количество измерений	Өлшеу нәтижелері Результаты измерений	Өлшем саны Количество измерений	Өлшеу нәтижелері Результаты измерений	Өлшем саны Количество измерений	Өлшеу нәтижелері Результаты измерений	Өлшем саны Количество измерений	Өлшеу нәтижелері Результаты измерений	
7	8	9	10	11	12	13	14	15

Приложение 275
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
275- қосымша

Приложение 275
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 275/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 275/y Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Рентген кабинеттерінде жүргізілген өлшеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации измерений, проведенных в рентгенологических кабинетах

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні (Дата)	Объектінің атауы (Наименование объекта)	Өлшеу жүргізілген орын (Место проведения измерений)

1	2	3		4
Рентген сәулеленудің мкЗв/с (Рентген излучение мкЗв/час)				Өлшеу жүргізген, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Измерения проводил Ф.И.О (при его наличии), подпись)
Өлшеулер саны (Количество измерений)	Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)	Жоғары өлшеулер саны (Количество измерений с превышением)	Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)	
5	6	7	8	9

Приложение 276
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
276- қосымша

Приложение 276
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 276/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 276/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № ____

Қоршау конструкцияларының дыбыс оқшаулауын өлшеуді тіркеу журналы Журнал регистрации измерения звукоизоляции ограждающих конструкций

Басталуы (Начат) « ____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) « ____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

			Өлшеулер саны (Количество замеров)		
--	--	--	------------------------------------	--	--

Тіркеу нөмірі (Регист- рацион- ный номер)	Күні айы, жы- лы (Да- та, ме- сяц, год)	Шаруашылық жүргі- зуші субъектінің, ұйымның атауы (Наименование хо- зяйствующего субъ- екта, организации)	Фон- дык шу Фо- новый шум	Ды- быст- ың есті- луі Ре- вер- бера- ции	Ауаның шуы Воздушный шум		Сокқының шуы Удар- ный шум		Қолданы- лған құ- ралдар- дың ата- уы (Наиме- нование использо- ванных прибо- ров)	Өлшеулер жүргіз- ген мамандардың Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) және қолы (Ф.И.О (при его наличии)и под- пись специали- стов проводив- ших измерения)
			Барлы- ғы (Всего)	Бар- лы- ғы (Все- го)	Бар- лы- ғы (Все- го)	РЕШ жоға- ры (Вы- ше ПДУ)	Бар- лы- ғы (Все- го)	РЕ- Ш- жоға- ры (Вы- ше ПДУ)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Приложение 277
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
277- қосымша

Приложение 277
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 277/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 277/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Әкімшілік құқық бұзушылықтар туралы хаттамаларды тіркеу журналы
Журнал регистрации протоколов об административных правонарушениях

р /с № №	Құқық бұзушылықты анықта-	Әкімшілік істің нөмірі	Жасалған күні	Хаттаманы толтырған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), хаттама толтырған адамның лауазымы	Жеке тұлға, заңды тұлға, жеке кәсіпкер туралы мәліметтер (ЖСН, БСН, Т.А.Ә., мекенжайы)	Жұмыс түрі, лауазымы, жұ-	Жасалған орны,	ҚР ӘҚ-БтК	Өндірісті қамтамасыз
----------	---------------------------	------------------------	---------------	---	--	---------------------------	----------------	-----------	----------------------

п /п	ған ор- ган (Орган выявив- ший право- нару- шение)	(Но- мер адми- ни- стра- тивно- го де- ла)	(Да- та за- ве- де- ния)	(Ф.И.О. (при его нали- чии) лица составивше- го протокол, Долж- ность лица составивше- го протокол)	(Сведения о физическом лице, юридическом лице, индивидуальном предпри- имателе (ИНН, БИН, ФИО, адрес))	мыс ор- ны, теле- фоны (Род заня- тий, долж- ность, ме- сто рабо- ты, теле- фон)	мен- кен- жайы (Ме- сто со- вер- ше- ния, ад- рес)	сара- ла- нуы (Ква- ли- фи- ка- ция Ко- АП РК)	ету шара- лары Ме- ры обес- пече- ния про- из- вод- ства
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (продолжение таблицы)

Тұлғаның бұрын әкімшілік жау- апкершілікке тартылғаны тура- лы деректер (Данные о раннем привлечении к административной ответствен- ности лица)	Өтініш- хаттар- дың бо- луы (Нали- чие хода- тайств)	Қарау күні мен нәтижесі, қабыл- данған шаралар (Дата и результат рассмотрения, при- нятые меры)	Танысу туралы мәлімет- тер (Сведения об озна- комлении)	Материал/ хаттама бой- ынша шешім (Решение по материалу /протоколу)	Төлеу күні (қы- сқартылған өнді- рісте) (Дата уплаты (в сокращенном производстве)	Бас- қа белгі- лер (Про- чие от- мет- ки)
11	12	13	14	15	16	17

Приложение 278
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
278- қосымша

Приложение 278
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 278/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 278/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы
тергеп-тексерулерді есепке алу журналы**
**Журнал учета расследований в сфере санитарно-эпидемиологического
благополучия населения**

Басталды (Начат) " _____ " _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) " ____ " ____ ж. (Г.)

№	Тергеп-тексеруді тағайындау, тергеп-тексеру мерзімдерін ұзарту туралы актісінің шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер акта о назначении расследования, продлении сроков расследования)	Субъектілердің (объектінің) атауы, өздеріне қатысты тергеп-тексеру басталған басшының (дара кәсіпкердің немесе заңды тұлғаның) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) (Наименование субъектов (объекта), фамилия, имя отчество (при его наличии) руководителя (индивидуального предпринимателя или юридического лица) в отношении которого начато расследование)	Тексеру барысында бұзушылықтары анықталған құжаттардың атауы және нормативтік құқықтық актілер нормалары (Наименование документов и нормы нормативно-правовых актов, нарушение которых выявлено в ходе расследования)	Тергеп-тексеруге қатысушылардың Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя отчество (при его наличии) участвующих в расследовании)	Тергеп-тексеру нәтижелері туралы актінің шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер акта о результатах расследования)	Тергеп-тексеру нәтижелері бойынша қабылданған шаралар (Принятые меры по результатам расследования)	Тергеп-тексеруді жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы (Фамилия имя отчество (при его наличии), должность лица, проводившего расследование)
1	2	3	4	5	6	7	8

Приложение 279
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
279- қосымша

Приложение 279
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 279/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 279/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Ұсақ сүтқоректілердің санын есепке алудың далалық журналы
Полевой журнал учета численности мелких млекопитающих

Басталуы (Начат) "___" _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20 ж. (г.)

--	--	--	--	--	--	--	--

Тіркеу нөмірі Регист- раци- онный номер	Кү- ні Да- та	Материалды алу орны (әкімшілік аймағының атауы мен зерттеу нүктесі) Место добычи материала (назва- ние административного района и точка обследования)	Аулау құралда- рының саны Количе- ство орудий улова	Ұсақ сүтқо- ректілердің саны Количество мелких мле- копитающих	Ұрғашылардың генеративтік күйі және жыны- сы Пол и генератив- ное состояние са- мок	Био- сы- на- ма № № био- про- бы	Сүтқоректілер са- нының пайыздық көрсеткіші Показатель чис- ленности мелких млекопитающих %
1	2	3	4	5	6	7	8

Приложение 280
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
280- қосымша

Приложение 280
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 280/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 280/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Кәсіптік ауруды (улануларды) есепке алу картасы
Карта учета профессионального заболевания (отравления)

Толтырылған күні (Дата заполнения)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	
Деректердің мазмұны (Содержание сведений)	Бет- тің №	Ко- ды

	№ (стра- ницы)	(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 (Фамилия, имя, отчество пострадавшего)	8	
Жынысы (Пол): ер (мужской) – 1; әйел (женский) - 2	9	
Жасы (жыл саны) (Возраст (число лет))	10	
Кәсібі (Профессия)	11	
Осы кәсіптегі еңбек өтілі, жылдар (Стаж работы в данной профессии, лет)	12	
Кәсіптік ауруды тудырған зиянды өндірістік фактормен байланысты еңбек өтілі (Стаж работы в контакте с вредным производственным фактором, вызвавшим профзаболевание, лет)	13	
Кәсіптік ауруды (улануды) тудыруға себепкер болған зиянды өндірістік факторлар (Вредные производственные факторы, послужившие причиной профзаболевания (отравления))		
1. Негізгі (Основной)	14	
2. Қосымша (Сопутствующий)	15	
Негізгі фактордың параметрлері (Параметры основного фактора)	16	
Қосымша факторлардың параметрлері (Параметры сопутствующих факторов)	17	
Кәсіптік ауруды тудырған жағдайлар (Обстоятельства возникновения профзаболевания)	18	
1.	19	
2.	20	
Кәсіптік аурудың түрі (Виды профзаболевания): ауру (заболевание) - 1; улану (отравление) – 2	21	
Кәсіптік аурудың түрі (Форма профзаболевания): жіті (острое) – 1; созылмалы (хроническое) - 2	22	
Диагностдары (Диагнозы): негізгі (основной)	23	
Қосымша (сопутствующий)	24	

Кәсіптік ауру (улану) анықталды (Профзаболевание (отравление) выявлено): медициналық қарап-тексеру кезінде (при медицинском осмотре) – 1; қаралғанда (при обращении - 2)	25	
Диагноз қойылды (Диагноз установлен): емдеу-профилактикалық ұйымында (бұдан әрі – ЕПҰ) (лечебно-профилактической организацией (далее - ЛПО)) – 1; профилактика бөлімшесінде (бұдан әрі – профбөлімше) (профилактическим отделением (далее - профотделение)) – 2; ғылыми-зерттеу институтында (бұдан әрі - ҒЗИ) (научно-исследовательским институтом (далее - НИИ)) - 3	26	
Арудың ауырлығы (Тяжесть заболевания): 1 - еңбекке қабілеттілігін жоғалтпай (без утраты трудоспособности); 2 - еңбекке қабілеттілігін жоғалтумен (с утратой трудоспособности); 3 - қайтыс болу (смерть)	27 28	
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органы қабылдаған шаралар (Меры принятые государственным органом санитарно-эпидемиологической службы)	29	

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің лауазымды адамы (тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы) (Должностное лицо санитарно-эпидемиологической службы, фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)

Приложение 281
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
281- қосымша

Приложение 281
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 281/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 281/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Инфекциялық және паразиттік ауру ошағын эпидемиологиялық зерттеп-
қарау**

№ _____ картасы

**Карта эпидемиологического обследования очага инфекционного и
паразитарного заболевания**

№ _____

1. Науқас адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного человека)

2. Жынысы (Пол) _____ науқас жергілікті (больной местный), сырттан келген (приезжий)

3. Туған күні, пациенттің ЖСН-і (Дата рождения, ИИН пациента)
_____ толық жасы (число полных лет)

4. Мекенжайы (Домашний адрес)

5. Жұмыс, оқу орны, мектепке дейінгі балалар ұйымы (бұдан әрі - МДБҰ) (Место работы, учебы, детской дошкольной организации (далее - ДДО))

6. Кәсібі (Род занятий)

7. Жұмыс, оқу орнына, МДҰ-на соңғы рет барған күні (Дата последнего посещения места работы, учебы, ДО)

8. Медициналық ұйым (бұдан әрі - МҰ), шұғыл хабарламаның түскен күні, уақыты (Медицинская организация (далее-МО), дата, время поступления экстренного извещения)

9. АХК-10 бойынша алғашқы диагноз (Первичный диагноз по МКБ-10)

10. Аурудың клиникалық белгілері (Клинические симптомы болезни)

11. Науқас диагностикалық мақсатта анықталды (Больной выявлен с диагностической целью): дәрігерге қаралғанда (при обращении), кәсіптік зерттеп-

тексеру кезінде (профессиональном обследовании), эпидемиологиялық көрсетілімдер бойынша зерттеп-қарау кезінде (обследовании по эпидемиологическим показаниям) _____

12. Эпидемиологиялық зерттеп-қарау жүргізу күні мен уақыты (Дата и время проведения эпидемиологического обследования)

13. Ауырған (Даты заболевания) _____ қаралған (обращения) _____ ауруханаға жатқызылған күні (госпитализации) _____

14. Жатқызылған орны (Место госпитализации)

15. Ауруханаға жатқызбау себебі (Не госпитализирован по причине)

16. Сауыққан күні (немен аяқталды) (Дата выздоровления (исход))

17. Науқасқа зертханалық зерттеулер жүргізу күні және орны (Дата и место проведения больному лабораторных исследований):

Зерттеу түрлері (Виды исследования)	Осы диагнозды растайтын зерттеп-қарау нәтижелері (күні) (Результаты обследования (даты), подтверждающие данный диагноз)
Клиникалық (Клинические)	
Биохимиялық (Биохимические)	
Бактериологиялық (Бактериологические)	
Серологиялық (Серологические)	
Вирусологиялық (Вирусологические)	
Басқалары (Другие)	

18. Ауырған адамның осы инфекцияға қарсы егілгендігі туралы мәліметтер (күндерін көрсетіңіз)(Сведения о вакцинации заболевшего против данной

инфекции (указать дни))

19. Иммуңдаудың болмау себептері (Причины отсутствия иммунизации)
Инфекцияның көзі мен берілу факторларын іздеу (Поиск источника и факторы передачи инфекции)

20. Жұқтырудың болжамды мерзімдері (Ориентировочные сроки заражения) (с)
_____ бастап (по) _____ дейін

21. Жұқтырылуы мүмкін орын, оған ықпал еткен жағдайлар мен шарттар
(Предполагаемое место заражения, обстоятельства и условия способствующие этому):

	Мән-жайлар Обстоятельства	Мерзімі Сроки
Басқа елді мекенде болуы (Нахождение в другом населенном пункте)		
Туыстарына, таныстарына баруы (Посещение родственников, знакомых)		
Табиғат аясында демалуы (Отдых в природных условиях)		
Сауықтыру ұйымында болуы (Пребывание в оздоровительной организации)		
Стационарда болуы (Нахождение в стационаре)		
Қан және оның препараттарын құю (Переливание крови и ее препаратов)		
Медициналық іс-әрекеттер, қандай екендігін көрсетіңіз (Медицинские манипуляции, указать какие)		
Жануарлармен, құстармен байланысы (Общение с животными, птицами)		
Су құбырларындағы, кәріздегі авария (Аварии на водопроводе, канализации)		
Басқалары (жазыңыз) (Другие (вписать))		

22. Инфекцияның көзі болып табылуы мүмкін адамдар (Лица, которые могли
явиться

источником инфекции)

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)	Пациенттің ЖСН-і	Қарым-қатынас сипаты	Араласқан орны	Тексеру нәтижесі
--	------------------	----------------------	----------------	------------------

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии))	(ИИН пациента)	(Характер отношения)	(Место обшения)	(Результат обследования)
--	----------------	----------------------	-----------------	--------------------------

23. Инфекцияның ықтимал берілу факторлары туралы мәліметтер (Сведения о наиболее

вероятных факторах передачи инфекции)

Болжамды берілу факторлары (Предполагаемые факторы передачи)	Қолданған күні мен уақыты (Дата и время употребления)	Дайындалған (қолданған) орны (Место приготовления (употребления))	Жұқтыруға ықпал еткен мән-жайлар (Обстоятельства, способствующие заражению)
---	--	--	--

24. Тұрғылықты жері бойынша ошақта жүргізілген іс-шаралар (мекенжайы) (Мероприятия в очаге по месту жительства (адрес))

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))	Туған күні (Дата рождения)	Туыстық дәрежесі (Степень родства)	Қарым-қатынаста болған адамдардың егу мәртебесі (Прививочный статус контактных лиц)	Жұмыс орны (Место работы)	Тексерілген күні (Дата обследования)	Анықталған науқастар, бактерия тасымалдаушылар (Выявлено больных, бактерионосителей)	Егілген, фаг алған (күндері, препарат) (Привито, профагировано (даты, препарат))	Дезинфекциялау түрі, күні (Тип дезинфекции, дата)
--	-------------------------------	---------------------------------------	--	------------------------------	---	---	---	--

25. Жұмыс, оқу орнындағы ошақта жүргізілген іс-шаралар (мекенжайы) (Мероприятия в очаге по месту работы, учебы (адрес))

Ұжымның атауы (Наименование коллектива)	Қарым-қатынаста болған саны (Число контактов)	Зертханалық жолмен зерттеп-қаралды (күні, саны) (Обследовано лабораторно (дата, количество))	Анықталған науқастар, бактерия тасымалдаушылар (Выявлено больных, бактерионосителей)	Егілген, фаг алған (күндері, препарат) (Привито, профагировано (даты, препарат))	Мерзімі (Сроки)	Дезинфекциялау түрі (күні) (Тип дезинфекции (дата))
--	--	---	---	---	--------------------	--

Осы науқасқа байланысты ошақтардың санитариялық-эпидемиологиялық сипаттамасы

(Санитарно-эпидемиологическая характеристика очагов, связанных с данным больным)

Тұрғылықты жері бойынша (По месту жительства)

26. Тұрғын үйінің жағдайы (Жилищные условия): жеке пәтер (отдельная квартира), жеке меншік үй (частный дом), ортақ пәтердегі бөлме (комната в общей квартире), жатақхана (общежитие), қонақүй (гостиница), басқалары (прочие) _____

27. Сумен жабдықтау сипаты (Характеристика водоснабжения): су құбыры (водопровод), колонка, бұрғыланған, қазылған құдық, тасып әкелінетін су (привозная вода) _____

Судың сапасы (качество воды) (айтуларынша (со слов)) _____

Су берудің тұрақтылығы (Регулярность подачи) _____

Жүйедегі апаттар (Аварии в системе) _____

28. Лас қалдықтарды жинау және шығару түрлері (Вид сбора и удаления нечистот): кәріз, тазаланатын шұңқыр (выгребная яма), ауладағы дәретхана (надворный туалет), басқасы (другое) _____

29. Осы инфекциялық аурудың пайда болуында басқа факторлардың маңызы (Значение других факторов в возникновении данного инфекционного заболевания) _____

30. Тұрғылықты жердегі ошақта сыртқы ортадан алынған материалдарды зертханалық зерттеулер (Лабораторные исследования материалов из внешней среды в очаге по месту жительства):

Күні (Дата)	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Үлгілер саны (Число образцов)	Зерттеу мақсаты (Цель исследования)	Нәтиже және оның берілген күні (Результат и дата выдачи)

Жұмыс, оқу, тәрбиелеу, демалу, емдеу және тағы басқа орын бойынша (По месту работы, учебы, воспитания, отдыха, лечения и так далее)

31. Науқас болған объектінің және оның құрылымдық бөлімшесінің (цехтың, сыныптың, топтың) атауы (Наименование объекта, его структурного подразделения (цеха, класса, группы)), в котором находился больной _____

сумен жабдықтау (водообеспечение)

кәріз

санитариялық ұсталуы (санитарное содержание)

тамақтану жағдайлары (условия питания)

эпидемиологиялық көрсеткіштер бойынша осы объектіде қабылданған шаралар
(меры, принятые на данном объекте по эпидемиологическим показаниям)

32. Жұмыс/оқу орны бойынша ошақтағы сыртқы ортадан алынған материалдарды
зертханалық зерттеулер (Лабораторные исследования материалов из внешней
среды в очаге по месту работы/учебы):

Күні (Дата)	Үлгі атауы (Наименование образца)	Зерттеудің түрі (Вид исследования)	Зерттеу мақсаты (Цель исследования)	Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)

Санитариялық-эпидемиологиялық тергеп-тексерудің санитариялық-
эпидемиологиялық қорытындысы (Санитарно-эпидемиологическое заключение
санитарно-эпидемиологического расследования)

33. АХК-10 бойынша түпкілікті диагноз (Окончательный диагноз по МКБ-10)

34. Қойылған күні мен орны (Дата и место установления)

35. Диагноз қойылды (Диагноз установлен): клиникалық жолмен (клинически),
зертханалық жолмен расталды

36. (подтвержден лабораторно), мынаған өзгертілді (изменен на):

37. Инфекция жұқтырылған аумақ (Территория заражения) Қазақстан Республикасы (Республика Казахстан), облыс (область), аудан (район), қала (город), елді мекен (населенный пункт) _____

38. Инфекцияны жұқтырған орын (Место заражения): тұрғылықты жеріндегі БҰ, мектеп, оқу орны, МҰ (ДО, школа, учебное заведение, МО, по месту жительства) _____

39. Инфекция көзі (Источник инфекции) _____

40. Инфекцияның берілу факторы мен жолы (Фактор и путь передачи инфекции): су, тамақ арқылы, ауа-тамшы, трансмиссивті және басқа жолмен (водный, пищевой, воздушно-капельный, трансмиссивный и другие) _____

41. Инфекцияны жұқтыруға ықпал еткен жағдайлар: инфекция көзін (науқасты, бактерия тасымалдаушыны) уақтылы анықтамау және оқшауламау, науқаста осы инфекцияға қарсы екпелердің болмауы, жеке гигиенаны сақтау үшін жағдайлардың болмауы, сапасыз ауыз су, шомылу, су құбырындағы, кәріз желісіндегі авария, анықталған жоқ, басқа жағдайлар (Условия, способствующие заражению: несвоевременное выявление и изоляция источника инфекции (больного человека, бактерионосителя), отсутствие прививок у больного человека против данной инфекции, отсутствие условий для соблюдения личной гигиены, некачественная питьевая вода, купание, аварии на водопроводе, канализационной сети, не установлено, другие условия) _____

42. Осы ошақтағы ауырғандардың жалпы саны (Общее число заболевших в данном очаге) _____

43. Ошақты бақылау аяқталған күн (Дата окончания наблюдения за очагом) _____

Эпидемиологиялық тергеп-тексеру жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность, подпись проводившего эпидемиологическое расследование) _____

Бөлім бастығының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись начальника отдела)

Эпидемиологиялық карта тапсырылған күн. Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет органы осы жағдайды № 1 есептік статистикалық нысанда н қай айда есепке алды. (Дата сдачи эпидемиологической карты. В каком месяце данный случай учтен государственным органом санитарно-эпидемиологической службы, в отчетной статистической форме № 1.)

Ескертпе: барлық қайтыс болумен аяқталған жағдайларға эпидемиологиялық тергеп-тексеру картасы толтырылады және мұндай жағдайлар № 1 (инфекциялық және паразиттік аурулар туралы есеп) нысанда есепке алынуы тиіс. (Примечание: на все летальные исходы должны также заполняться карты эпидемиологического расследования и данные случаи должны быть учтены в форме № 1 (отчет об инфекционных и паразитарных заболеваниях))

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность исполнителя

қолы (подпись)

Приложение 282
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
282- қосымша

Приложение 282
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 282/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 282/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Зоонозды ауру ошағын эпизоотологиялық-эпидемиологиялық зерттеп-қарау
картасы**

**Карта эпизоотолого-эпидемиологического обследования очага зоонозного
заболевания**

1. Нозологиялық түрі (Нозологическая форма)

2. Қоздырғыштың түрі (Вид возбудителя)

3. Ауырған немесе ауруға күдікті жануардың анықталғаны туралы хабарламаның алынған күні (Дата получения сообщения о выявлении заболевания животного или подозрение на него):

а)

_____ ветеринариялық ұйымға (в ветеринарную организацию)

б) _____ аумақтық мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органына (территориальный орган государственного санитарно-эпидемиологического надзора)

4. Адамның ауырғаны туралы хабарлама алынған күн (Дата получения сообщения о заболевании человека):

_____ ДСБ (УЗ), _____ ветеринариялық бөлімге (ветотдел)

5. Алдын-ала қойылған диагноз (Предварительный диагноз)

Жануарда (у животного)

Адамда (у человека)

6. Эпизоотологиялық-эпидемиологиялық тексеру күні (Дата эпизоотолого-эпидемиологического обследования)

Ауру ошағы туралы мәліметтер (Сведения об очаге заболевания)

7. Жануарлардың немесе адамдардың ауырғаны туралы мәліметтер соңғы тіркелген жыл (Год регистрации последних случаев заболевания животных или людей) _____

8. Жануар(лар)дың осы ауруының анықталған күні (Дата выявления настоящего заболевания животного (ых)) _____

9. Ауру ошағының орналасуы (шаруашылық, елді мекен, ферма, отар, цех және басқалары) (Локализация очага (хозяйство, населенный пункт, ферма, отара, цех и другие)) _____

	Ірі қара мал Крупный рогатый скот	Ұсақ мал Мелкий рогатый скот	Жылқылар Лошади	Шошқалар Свиньи	Басқа ауыл шарушылығы малдары Другие сельскохозяйственные животные	Иттер Собаки	Мысықтар Кошки	Қасқырлар Волки	Түлкілер Лисы	Жанат тәрізді иттер Енотоподобные собаки	Басқа жабайы жыртқыштар Другие дикие хищники	Жабайы тұяқтылар Дикие копытные	Кеміргіштер Грызуны	Анықталмағандар Неустановленные
Жеке (1) Личные														
Жалпы (2) Общие														
Жабайы (3) Дикие														

Иесінің мекенжайы, Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (адрес, Ф.И.О. (при его наличии) владельца)

10. Ауырған және өлген (өлтірілген) малдың түрі мен тиістілігі (Вид и принадлежность заболевших и павших (убитых) животных)

күнін жазыңыз (вписать число)

11. Инфекцияның табиғи-ошақтық ошағындағы алдыңғы эпизоотологиялық жағдай (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		Жабайы (диких)		Синантропты (синантропных)		Қансорғыш буынаяқтылардың болуы және санының өсуі (Наличие и рост численности кровососущих членистоногих)		Эпизоотияның болуы (Наличие эпизоотии)	
иә	жоқ	иә	жоқ	иә	жоқ	иә	жоқ	иә	жоқ	иә	жоқ	иә	жоқ		
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 бешбармачных 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 окшауландырылды, өлді, өлтірілді, ошақтың сыртына шығарылды, қашып кетті, ошақта қалды, өлекселері өртелді, кәдеге жаратылды, көмілді, ауру жануардың өнімдері (шикізат): үйде қолданылды, жекеше түрде таратылды, қоймаға өткізілді, көтерме және бөлшек саудада сатуға, қоғамдық тамақтану объектілеріне жіберілді, жойылды (астын сызыңыз) (Больные животные изолированы, пали, убиты, вывезены за пределы очага, сбежали, остались в очаге, трупы сожжены, утилизированы, зарыты, продукты (сырье) от больного животного: использованы на дому, розданы частным образом, сданы на склад, отправлены на оптовую и розничную продажу, на объекты общественного питания, уничтожены (подчеркнуть))

15. Ауруды жұқтыруы мүмкін адамдар саны (ауырғандарды қоса алғанда) (Число лиц, имевших возможность заразится (включая заболевших))

16. Оның ішінде өндірістік жағдайларда (В том числе в производственных условиях) _____

17. Оның ішінде өздері келіп қаралғандар (в том числе обратились самостоятельно) _____

18. Оның ішінде белсенді түрде анықталғандар (в том числе выявлены активно) _____

19. Шұғыл профилактикалық немесе антирабиялық көмек алған адамдар саны (Число лиц, получивших экстренную профилактическую или антирабическую помощь) _____

20. Ошақтағы ауырған адамдар саны (Число заболевших в очаге людей)

2. Сол жағдайларда ауруды жұқтыруы мүмкін адамдарды бақылау (Наблюдение за лицами, имеющими возможность заразиться в тех же условиях)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))	Жынысы (Пол)	Туған күні (Дата рождения)	Үй мекенжайы (Домашний адрес)	Жұмыс орны, кәсібі (Место работы, род занятий)	Күні Дата		Болжамды жұқтырылу күні, орны, жағдайы (Дата, место, условия возможного заражения)
						Жүгінуге (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 себебін көрсетіңіз (Экстренная профилактика, антирабическое лечение (дата, препарат, серия, схемы) в случае нарушения схемы указать причину)	Емдеуге жатқызу күні мен орны (Дата и место госпитализации)	Зертханалық тексеру күні және нәтижесі (Дата и результат лабораторного обследования)	Қарым-қатынаста болған адамдардың ауырған күні (Дата заболевания контактных лиц)
--	---	--	---	---

3. Ошақты жою жөніндегі іс-шаралар (Мероприятия по ликвидации очага)

21. Карантин (қолайсыз) жарияланды, жарияланбады (астын сызыңыз) (Карантин (неблагополучие) объявлен, не объявлен (подчеркнуть)), күні (дата) басталуы (начала) _____ аяқталуы (окончания) _____

22. Жануарлардың өлекселерін кәдеге жарату (Утилизация трупов животных): күні (дата) _____

тәсілі (өртелді, көмілді, ветеринариялық-санитариялық зауытқа тапсырылды) астын сызыңыз (способ (сожжен, зарыт, сдан на ветеринарно-санитарный завод) подчеркнуть)

Жануарларға қатысты іс-шаралар (Мероприятия в отношении животных)	Күні (Дата)	Саны (Количество)	Өткізілу орны (Место проведения)
Профилактикалық екпелер (эпизоотиялық көрсетілімдер бойынша) (Профилактические прививки (по эпизоотическим показаниям))			
Қараусыз қалған жануарларды аулау (Отлов безнадзорных животных)			
Жабайы аңдарды ату (Отстрел диких животных)			
Дератизация, м2	Табиғи ошақта (В природном очаге)		

		Өндірісте (На производстве)			
		Тұрмыста (В быту)			
Зерттеу (Исследование)					
Оқшаулау (Изоляция)					
Союға өткізу (Сдача на убой)					
Емдеу (Лечение)					
Іс-шаралар жүргізілмеді (Мероприятия не проводились)					
	Са- ны (Ко- ли- че- ство)	Күні (Дата)	Әдісі, құралдары (жою, өңдеу, дезинфекциялау, дезинсекциялау-жазыңыз) (Способ, средства (уничтожение, переработка, дезинфекция, дезинсекция - вписать))	Жүргізу орны (Место проведе- ния)	Орындалуын ба- қылау және нәтиже (Контроль ис- полнения и ре- зультат)
Ет және ет өнімдері (Мясо и мясные продукты)					
Сүт және сүт өнімдері (Молоко и молочные продукты)					
Басқа да тамақ өнімдері (Другие продукты питания)					
Мал шаруашылығы шикізаттары мен одан жасалатын бұйымдар (Животноводческое сырье и изделия из него)					
Су (Вода)					
Қи, топырақ (Навоз, почва)					
Түсіктер, өлі туған ұрықтар, малдың шаранасы және басқасы (Абортированные, мертворожденные плоды, послед и другие)					
Өндірістік үй-жайлар (Производственные помещения)					
Тұрмыстық үй-жайлар (Бытовые помещения)					
Басқа факторлар (Другие факторы)					

23. Инфекцияның берілу факторларын залалсыздандыру бойынша шаралар
(Меры по

обезвреживанию факторов передачи инфекции)

24. Ошақты жою жөніндегі іс-шаралар туралы санитариялық-эпидемиологиялық

және ветеринариялық қорытынды (Санитарно-эпидемиологическое и
ветеринарное заключение о мероприятиях по ликвидации очага)

Екпе егілген жануарлар (Привито животных)	Жойылған жануарлар (Уничтожено животных)	Союға өткізілгені (Сдано на убой)	Өңделген алаңдар (Обработано площадей)			Іс-шаралар жүргізілген жок Мероприятия не проводились
			Дезинфекция	Дезинсекция	Дератизация	
1	2	3	4	5	6	7

25. Ошақ және жүргізілген іс-шаралар туралы қосымша мәліметтер
(Дополнительные сведения об очаге и проведенных мероприятиях):

Дәрігер-эпизоотологтың тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) подпись врача эпизоотолога)

Дәрігер-эпидемиологтың тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы
(Фамилия, имя,

Отчество (при его наличии), подпись врача эпидемиолога)

Зоонозды аурулар ошағын эпизоотологиялық-эпидемиологиялық тексеру
картасына (№ 329/е пішіні) қосымша парақ (Вкладной лист к карте эпизоотолого-
эпидемиологического обследования очага зоонозного заболевания (форма № 329
/у)).

1. Қорытынды диагноз (Окончательный диагноз)

2. Қоздырғыштың серологиялық тобы, түрі (Вид, серогруппа возбудителя)

3. Науқас (Больной): жергілікті (местный) (1), сырттан келген (приезжий) (2), қайдан келді (жазыңыз) (откуда прибыл (вписать))

4. Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))_____

5. Мекенжайы (Домашний адрес), елді мекен (населенный пункт) _____ қала (город), ауыл (село)

6. Жасы (Возраст)

7. Жынысы (Пол)

8. Қысқаша эпидемиологиялық анамнез, болжамды жұқтыру орны (Краткий эпидемиологический анамнез, вероятное место заражения)

9. Кәсібі (Род занятий)

10. Науқас туралы хабарлама алынды (Сообщение о больном получено) күні, сағаты (дата, час)

11. Хабарламаны кім жіберді (Кем направлено сообщение)

12. Шұғыл хабарлама бойынша диагнозы (Диагноз по экстренному извещению)

13. Алғашқы қойылған диагнозы дұрыс, (дұрыс емес) (Первоначальный диагноз правильный, (неправильный))

14. Науқас (Больной выявлен при): кәсіптік тексеру (профессиональном обследовании) (1), эпидемиологиялық көрсетілімдер бойынша тексеру кезінде (обследовании по эпидемиологическим показаниям) (2), медициналық көмек алуға келгенде (обращении за медицинской помощью) анықталды (3)

15. Эпидемиологиялық тексеру күні (Дата эпидемиологического обследования)

16. Ауырған күні (Дата заболевания)	17. Қаралған (анықталған) күні мен орны (Дата и место обращения (выявления))	18. Ауруханаға жатқызылған күні (Дата госпитализации)	19. Шұғыл хабарлама жіберуге себеп болған диагноздың қойылған күні (Дата установления диагноза, по поводу которого прислано экстренное извещение)	20. Қорытынды диагноз қойылған күн (Дата становления окончательного диагноза)	21. Ауруханадан шыққан күні (жазылып) (1), (қайтыс болды) (2) (Дата выписки из стационара (выздоровление) (1), (смерти) (2))
--	---	--	--	--	---

22. Ауруханаға жатқызылған орны, көлік (Место госпитализации, транспорт)_____

23. Үйінде қалдырылды (себебі) (Оставлен на дому (причина)): клиникалық көрсетілімдердің болмауы (отсутствие клинических показаний), ауруханада орын болмауы (отсутствие мест в стационаре) ауруханаға жатудан бас тартуы (отказ от госпитализации) астын сызыңыз (подчеркнуть)

24. Ауруханаға кеш жатқызылу себебі (Причина поздней госпитализации): ауруханада орын болмауы (отсутствие мест в стационаре), кеш қаралуы (позднее обращение), диагноздың кеш қойылуы (поздняя диагностика), бас тартуы (отказ) астын сызыңыз (подчеркнуть)

25. Зертханалық зерттеулер (Лабораторные исследования) жүргізілді (проводились) (1), жүргізілмеді (не проводились) (2).

26. Диагноз қойылды (Диагноз установлен): клиникалық (клинически) (1), зертханалық жолмен (лабораторно) (2), кешенді (комплексно) (3), басқа әдістермен (другими методами) (4).

Клиникалық Клинически		Күні Дата	Тексеру нәтижесі Результат обследования
Зертханалық Лабораторно	Бактериологиялық (Бактериологически) (вирусологиялық (вирусологически))		
	Микроскопиялық (Микроскопический)		
	Иммунологиялық (аллергиялық) (Иммунологически (аллергологически))		
	Биохимиялық (Биохимически)		
	Басқа әдістермен (Другими методами)		

27. Науқас бұрын егілген (1), егілмеген (2), оның ішінде эпидемиологиялық 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 кара мал КРС	Ұсақ мал МРС	Жылқы Лошади	Шошқа Свиньи	Басқа да ауыл / шаруашылығы малдары Другие сель/хоз. животные	Ит Собаки	Мысық Кошки
1	2	3	4	5	6	7

кестенің жалғасы (продолжение таблицы)

Қасқырлар (Волки)	Түлкілер (Лисы)	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)

Анықталмады (Не установлено)	Санитариялық-эпидемиологиялық режим мен қағидалардың бұзылуы Нарушение санитарно-эпидемиологического режима и правил				
	Тамақ өнімдерін дайындау және сақтау (Приготовления и хранение пищевых продуктов)	Тамақ өнімдерін сату (Реализация пищевых продуктов)	Жануарларды ұстау және бағу (Содержания и ухода за животными)	Малды сою, өліктерінің ішін жару, терісін сыпыру (Убой скота, вскрытия трупов, снятия шкур)	Мал шаруашылығы шикізаты мен басқа да ауыл шаруашылығы өнімдерін тасымалдау, сақтау, өңдеу (Транспортировки, хранения, переработки животноводческого сырья и других сельскохозяйственных продуктов)
1	2	3	4	5	6

кестенің жалғасы (продолжение таблицы)

Санитариялық-эпидемиологиялық режим мен қағидалардың бұзылуы (Нарушение санитарно-эпидемиологического режима и правил)					
Ауыл шаруашылығы және басқа да жұмыс түрлерін жүргізу (Проведение сельскохозяйственных и других видов работ)	Табиғи ошақ аумағында болуы (Нахождение на территории природного очага)	Жабайы және иесіз жануарлармен байланыста болуы (Контакт с дикими и бродячими животными)	Мал төлдету науқанына қатысуы (Участие в охотной компании)	Инфекцияланған су көздерін пайдалану (Использование инфицированных источников)	Басқалар (Другие)
7	8	9	10	11	12

39. Инфекцияның берілуі ықтимал факторлар (қоршап көрсетіңіз)
(Вероятные факторы передачи инфекции (обвести))

Анықталмады (Не установлено)	Тамақ өнімдері Продукты питания			Мал шаруашылығы шикізаты мен олардан дайындалған бұйымдар Животноводческое сырье и изделия из него	Су Вода		
	Ет және ет өнімдері (Мясо и мясные продукты)	Сүт және сүт өнімдері Молоко и молочные продукты	Басқалары Другие		Ашық су айдындарының Открытых водоемов	Құдықтардың Колодца	Су құбырының Водопровода
1	2	3	4	5	6	7	8

кестенің жалғасы (продолжение таблицы)

Қи, топырақ	Ауа	Тірі	Түсік болып түскен, өлі туған ұрықтар, малдың шараналары	Қан, несеп және басқа биологиялық субстраттар	Басқа факторлар
-------------	-----	------	--	---	-----------------

Навоз, почва	Воз- дух	тасымалдау- шылар Живые переносчики	Абортированные, мертворожденные пло- ды, послед	Кровь, моча и другие биологиче- ские субстраты	Другие факторы
9	10	11	12	13	14

40. Науқас адамның тұрғылықтаы орында жүргізілетін іс-шаралар (Мероприятия в месте жительства больного человека)

Іс-шаралардың атауы Наименование мероприятий	Объекті, жүргізу орны, ауданы мІ Объект, место проведения, пло- щадь мІ	Кү- ні Да- та	Тәсілі Спо- соб	Құралда- ры Средства	Орындалуын бақылау және нәтиже Контроль исполнения и резуль- тат
Қорытынды дезинфекция- лау Заключительная дезинсек- ция					
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)

Приложение 283
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
283- қосымша

Приложение 283
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 283/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 283/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Туберкулездің бациллалық түрінің ошағын эпидемиологиялық зерттеп-
қарау картасы**
**Карта эпидемиологического обследования очага бациллярной формы
туберкулеза**

Эпидемиологиялық нөмірі (Эпидемиологический номер)

_____ Аудан (район) _____ Елді мекен
(Населенный пункт) _____

Шұғыл хабарламаны алған күн (Дата получения экстренного извещения) _____
Көше, үй (Улица, дом) _____ Қала, ауыл (керегінің астын сызыңыз)

Нысан бойынша (по форме) № 090/y

Нысан бойынша (по форме) № 089/y

Туберкулез ошағын алғаш рет тексеру күні (қала, ауыл) (Дата первичного
обследования очага туберкулеза) _____ (Город, село) (нужное подчеркнуть))

Мекенжайы: облыс (Адрес: область)

Эпидемиологиялық топқа жатқызылуы (Принадлежность к эпидемиологической
группе) _____

Бір эпидемиологиялық топтан екінші эпидемиологиялық топқа ауыстыру күні
(Дата перевода из одной эпидемиологической группы в другую)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его
наличии))

2. Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол): еркек (мужской),
әйел (женский) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть))

3. Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымы (Место работы, учебы, детской организации)

4. Кәсібі (Род занятий)_____ Соңғы рет қаралған күні (Дата
последнего посещения)

5. Анықталды: қаралуы кезінде, профилактикалық тексеру кезінде (керегінің
астын сызыңыз) (Выявлен: по обращаемости, при профилактических осмотрах
(нужное подчеркнуть))_____

6. Ошақтағы оқиғалардың саны (Количество случаев в очаге)

7. Ауырған күні (Дата заболевания)_____ Қаралған күні (Дата
обращения)_____

8. Емдеуге жатқызылған күні (Дата госпитализации)

Емдеуге жатқызу орны (Место госпитализации)

9. Алғашқы диагнозы, қойылған күні (Первичный диагноз, дата установления)

10. Қорытынды диагнозы, қойылған күні (Окончательный диагноз, дата
установления)_____

11. Анықтау әдісі (Метод выявления)

12. Туберкулез (БК+) диагнозы қойылған науқасты есепке алу күні (Дата взятия
больного человека на учет с диагнозом туберкулез (БК+))

13. Туберкулез микобактериясы бөлінген күн (Дата выделения микобактерии туберкулеза)

15. Қайталану себептері (Причины рецидива)

16. Ауруды интенсивті фазада емдеуді бастаған күн (дата начала лечения в интенсивной фазе)

1) стационарлық (стационарно)

2) амбулаторлық (амбулаторно)

17. Қарқынды фазада емдеудің аяқталған күні (Дата окончания лечения в интенсивной фазе)

18. Қолдау фазасында емдеу басталған күн (Дата начала лечения в поддерживающей фазе)

1) стационарлық (стационарно)

2) амбулаторлық (амбулаторно)

19. Қолдау фазасында емдеу аяқталған күн (Дата окончания лечения в поддерживающей фазе)

20. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения)

21. Туберкулез диагнозы қойылғанға дейінгі науқас туралы деректер (Данные о больном, до установления диагноза туберкулез):

1) Науқасқа жасалған профилактикалық екпелері туралы мәліметтер

(Сведения о профилактических прививках больного человека)

2) Науқасқа жасалған туберкулин диагностикасы туралы мәліметтер

(Сведения о туберкулинодиагностике больного человека)

3) Науқасты рентгендік-флюорографиялық тексеру туралы мәліметтер

(Сведения о рентгено-флюорообследовании больного человека)

4) Науқасты бактериоскопиялық тексеру туралы мәліметтер (Сведения о

бактериоскопическом обследовании больного человека)

5) Туберкулезбен ауыратын науқас адамның қосымша аурулары

(Сопутствующие заболевания больного человека туберкулезом)

22. Инфекция жұқтырудың болжамды көзі (Предполагаемый источник заражения)

23. Инфекция жұқтырудың болжамды орны (Предполагаемое место заражения)

24. Берілу жолдары мен факторлары

Туберкулездің бациллалық түрінің ошағын сауықтыру жоспары

План оздоровления очага бациллярной формы туберкулеза

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Іс-шаралар Мероприятия	Орындалу мерзімі Сроки исполнения	Орындаушы Исполнитель	Орындалуы туралы белгі Отметка об исполнении	Ескертпе Примечание

Туберкулез диагнозы қойылған кезден бастап науқасты бактериоскопиялық және рентгендік-флюорографиялық тексерулер туралы деректер /Данные о бактериоскопическом и рентгено-флюорографическом обследовании больного человека с момента установления диагноза туберкулез

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Жылдары Годы	Бактериоскопиялық Бактериоскопические	Рентгендік- флюорографиялық Рентгено- флюорографические

Туберкулездің бациллалық түрінің ошағында қарым-қатынаста болған адамдарды тексеру және оларға жүргізілген химиялық профилактика туралы деректер/ Данные об обследовании и химиопрофилактике контактных лиц из очага бациллярной формы туберкулеза

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Байланыста болған адамдардың тегі, аты, әкесінің аты фамилия, имя, отчество контактных	Жасы Возраст	Манту реакциясының күні Дата реакции Манту	Манту реакциясының нәтижесі Результат реакции Манту	БЦЖ жасалған күндер Даты БЦЖ

кестенің жалғасы (продолжение таблицы)

Бактериоскопия өткізілген күндер Даты бактериоскопии	Бактериоскопия нәтижелері Результаты бактериоскопии	Рентгенофлюорокопия өткізілген күндер Даты рентгенофлюорокопии	Ауруды жұқтырған балаларға, жасөспірімдерге жүргізілген химиялық профилактика Химиопрофилактика Инфицированным детям, подросткам		Санаторлық топқа түскен күні Дата поступления в санаторную группу
			Басталуы Начало	Аяқталуы Окончание	

Ауыл шаруашылығы және үй жануарлары мен құстарын туберкулезге тексеру туралы деректер (Данные об обследовании сельскохозяйственных и домашних животных и птиц на туберкулез)

--	--	--	--	--	--

Тіркеу нөмірі Регистрацион- ный номер	Жануарлардың тү- рі мен саны Вид и количество животных	Туберкулезге тексеріл- ген күн Дата обследования на туберкулез	Ауру жануарлар мен құ- стар анықталды Выявлено больных жи- вотных и птиц	Ауру малды союға жі- берген күн Дата сдачи больного скота на убой	Ескерт- пе Приме- чание

25. Науқасқа қосымша тұрғын үй алаңы қажет пе (Требуется ли больному дополнительная жилая площадь)

26. Мектепке дейінгі ұйымдардағы және мектеп жасындағы интернат ұйымдарындағы оқшаулауды қажет ететін балалар саны (Количество детей, нуждающихся в изоляции в дошкольных организациях и интернатные организации школьного возраста) _____

27. Науқасты бациллалық есептен шығару күні (Дата снятия больного человека с бациллярного учета)

28. Бациллалық ошақты есептен шығару күні (Дата снятия бациллярного очага с учета) _____

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) должность исполнителя)

қолы (подпись) _____

Приложение 284
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
284- қосымша

Приложение 284
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 284/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 284/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Іш сүзегінің, А, В паратифтерінің бактерияларын тасымалдаушыны есепке
алу картасы**

**Карта учета носителя бактерий брюшного тифа, паратифов А, В
№ _____**

1. Тегі (Фамилия)_____ Аты (Имя)_____ Әкесінің аты (ол болған жағдайда)
(Отчество) (при его наличии)

2. Туған күні (Дата рождения)

3. Мекенжайы (Домашний адрес)

4. Жұмыс, оқу орны (Место работы, учебы)

5. Кәсібі (Профессия)

6. Қысқаша анамнездік деректері (Краткие анамнестические данные): іш
сүзегімен, паратифтермен қашан және қайда ауырды, ауырған жоқ (когда и где
переболел брюшным тифом, паратифами, заболевание отрицает)

7. Бактерия тасымалдаушылықтың тексерудің қандай түрінде анықталғаны
туралы деректер (Данные выявления бакносительства, при каком виде
обследования) диагноз қою үшін, профилактикалық (для диагностики,
профилактическое), өсірінді қандай материалдан бөлініп алынды (нәжіс, несеп,
өт) (материал из которого выделена культура (кал, моча, желчь))

8. Іш сүзегінің, А,В паратифтері қоздырғышының түрі (Вид возбудителя
брюшного тифа,
паратифов А,В)

10. Есептен шығарылған күні мен себебі (Дата и обоснование снятия с учета)

11. Тасымалдаушының айналасындағы ауру жұқтырғандарды есепке алу (Учет заразившихся в окружении носителя)

Тегі (Фамилия)	Ошақтың сипаты (жанұя, пәтер, жұмыс орны және басқалар) (Характеристика очага (семья, квартира, место работы и другие))	Ауырған күні (Дата заболевания)	Фаготипі (Фаготип)
-------------------	--	------------------------------------	-----------------------

Мекенжайы ауысқанда бұл туралы қайда және кімге хабарланғанын көрсетіңіз (При перемене жительства указать, куда и кому сообщено об этом)

12. Бактерия тасымалдаушының тұратын үй және коммуналдық жағдайлары (пәтер, үй, жатақхана, су құбыры, кәріз және басқалар) (Жилищные и коммунальные условия проживания бактерионосителя (квартира, дом, общежитие, водопровод, канализация и др.))

13. Тасымалдаушыға қатысты іс-шаралар (Мероприятия в отношении носителя) түсіндіру жұмыстары, санитариялық режимді жақсарту, ағымдағы дезинфекциялау, фагтау, ауруханаға жатқызу, емдеу және басқалары күндерімен (разъяснительная работа, улучшение санитарного режима, текущая дезинфекция, фагирование, госпитализация, лечение и др. по датам)

14. Бактерия тасымалдаушыны зертханалық зерттеудің нәтижелері (Результаты лабораторных исследований носителя бактерий)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Бактериологиялық Бактериологические				Серологиялық Серологические		
	күні дата	зерттеу материалы (өт, несеп, нәжіс) материал исследования (желчь, кал, моча)	нәтиже результат	фаготип фаготип	күні дата	Іш сүзегі Брюшной тиф	
						Н	О

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность исполнителя)

_____ қолы (подпись)

Приложение 285
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
285- қосымша

Приложение 285
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 285/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 285/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Жануардың тістеуінен, сілекейі жұғуынан, тырнауынан зардап шегуші
адамның оқиғасын
эпидемиологиялық тергеп-тексеру картасы
Карта эпидемиологического расследования случая укуса, ослонения,
оцарапывания пострадавшего животным**

1. Қалалық (аудандық) ДСБ (Гор (рай) УЗ)

2. Зардап шеккен адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пострадавшего)

3. Жасы (Возраст)

4. Мекенжайы, (Домашний адрес,) телефон №

5. Жұмыс, оқу орны (Место работы, учебы), телефон №

6. Тістеген күні (Дата укуса)

7. Бірінші рет қаралған күні, алғашқы көмек көрсеткен ұйымның атауы
(Дата первичного обращения, наименование организации, оказавшего
первую помощь)

8. Шұғыл хабарлама берілген күн, кім жолдады (ұйым) (Дата подачи
экстренного извещения, кем направлено (организация))

9. Қалалық (аудандық) ДСБ шұғыл хабарламаны алған күн (Дата
получения экстренного извещения, гор (рай) УЗ)

10. Эпидемиологиялық тергеп-тексеру басталған күн (Дата начала
эпидемиологического расследования)

11. Медициналық ұйымға келген күні (Дата явки в медицинскую организацию) _____

12. Тістеу мән-жайы (Обстоятельства укуса) _____

13. Зақымның сипаты, оның орналасуы (Характер повреждения, его локализация) _____

14. Емдеу іс-шаралары (Лечебные мероприятия): егу курсы – антирабиялық вакцина (КОКАВ) сериясы (курс прививок – антирабическая вакцина (КОКАВ) серия)

жарамдылық мерзімі (срок годности) _____ өндіруші фирма
(фирма-производитель)

А) толығын бастады (полный начат) _____ аяқтады (окончен)

Б) толық емесі басталды (неполный начат) _____ аяқталды
(окончен) _____

Ауруханаға жатқан күні (Дата госпитализации) _____ орны (место)

Иммуноглобулинді енгізу күні (Дата введения иммуноглобулина) _____
дозасы (доза) _____ сериясы
(серия) _____

Жарамдылық мерзімі (срок годности) _____ өндірішу фирма

(фирма-производитель)_____

Егуді өз еркімен тоқтату (Самовольное прекращение
прививок)_____

Бас тартуы (отказ)_____

Асқынулар (осложнения)_____

15. Жануар туралы мәліметтер (Сведения о животном)_____

Түрі (Вид)_____

Иесінің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) және мекенжайы (Ф.И.О (при его наличии), и
адрес

владельца)_____

16. Мемлекеттік ветеринариялық қызметке хабарлама жіберілген күн
(Дата направления извещения в государственную ветеринарную
службу)_____

17. Жануарды бақылаудың нәтижесі (өлді, өлтірілді, белгісіз, дені сау)
(Результат наблюдения за животным
(пало, убито, неизвестно, здорово))

18. Құтырма клиникалық, зертханалық жолдармен анықталды (Бешенство
установлено клинически, лабораторно)

19. Ошақта жүргізілген іс-шаралар, санитариялық-ағарту жұмыстары
(Мероприятия, проведенные в очаге,

санитарно-просветительная работа)

20. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

21. Эпидемиологиялық тергеп-тексерудің аяқталған күні (Дата окончания
эпидемиологического расследования)

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), лауазымы
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность исполнителя)

қолы (подпись)_____

Приложение 286
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
286- қосымша

Приложение 286
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 286/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 286/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Инфекциялық ауру ошағында ағымдағы дезинфекциялауды бақылау
картасы**
Карта контроля текущей дезинфекции в очаге инфекционного заболевания

1. Диагноз – алдын ала, соңғы (Диагноз – предварительный, окончательный)

2. Науқас адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного человека)

3. Жасы (Возраст) _____ 4. Мамандығы (Профессия)

5. Жұмыс, оқу орны (Место учебы, работы)

6. Мекенжайы (Адрес)

6. Науқас сауыққанға дейін, ауруханаға жатқызуға дейін қалдырылды (астын сызыңыз) (Больной оставлен до выздоровления, до госпитализации (подчеркнуть))

8. Медициналық ұйым (Мед.организация)

9. Ауырған күні (Дата заболевания)

Жүгінген күні (Дата обращения)

Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза)

Дезинфекциялауға өтінім қабылданды (Заявка на дезинфекцию принята)

ұйымның атауы (наименование организации)

Дезинфекция жүргізудің басталған күні (Дата начала проведения дезинфекции)

10. Режимнің бұзылғандығы анықталды (Выявлены нарушения режима)

11. Қолданылған дезинфектанттар (Использованные дезинфектанты)

Бактериологиялық бақылау (Бактериологический контроль)			Химиялық бақылау (Химический контроль)		
Кү- ні (Да- та)	Алынған үлгілердің саны (Число отобранных образцов)	Олардың ішінде қанағатта- нарлықсыз (Из них неудовлетвори- тельных)	Алынған үлгілер са- ны (Число отобранных образцов)	Олардың ішінде (Из них)	
				Шоғырлануы төмен (Заниженных кон- центраций)	Шоғырлануы жоға- ры (Завышенных кон- центраций)

12. Ағымдағы дезинфекциялауды бақылау күні (Дата контроля текущей дезинфекции)

1. Дезинфекциялау тоқтатылды (науқас аурудан жазылды, диагнозы өзгертілді,

ауруханаға жатқызылды, қайтыс болды) (Дезинфекция прекращена (больной выздоровел, изменен диагноз, госпитализирован, умер))

Дезинфекциялауға өтінім қабылданды (Заявка на дезинфекцию принята)

ұйымның атауы (наименование организации)

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) және қолы
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и подпись исполнителя)

Приложение 287
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
287- қосымша

Приложение 287
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 287/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 287/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Медициналық және басқа да ұйымдарда ағымдағы дезинфекциялауды
ұйымдастыру мен жүргізуді бақылау картасы**

**Карта контроля организации и проведения текущей дезинфекции в
медицинских и других организациях
№ _____**

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20 ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20 ж.(г.)

1. Мекенжайы (Адрес):

көше, үйінің № (улица, дом №) _____

телефон _____

Шаруашылық жүргізуші субъектінің немесе оның құрылымдық
бөлімшесінің толық атауы

(Полное наименование хозяйствующего субъекта или его структурного
подразделения) _____

2. Су құбырымен, кәрізбен, газбен қамтамасыз ету
(астын сызыңыз) (Обеспеченность водопроводом, канализацией,
газом подчеркнуть))

Механикаландырылған, жартылай механикаландырылған, қол еңбегімен кір
жуу орны

(астын сызыңыз, жазыңыз) (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, лауызы (фамилия, имя, отчество, должность)

6. Бактериологиялық және химиялық талдаулардың нәтижелері

(Результаты бактериологических и химических анализов)

Объектіге бару күні (айы, күні) (Дата посещения объекта (месяц, число))	Бактериологиялық бақылау (Бактериологический контроль)		Химиялық бақылау (Химический контроль)		
	Алынған үлгілер саны (Число отобранных образцов)	Оның ішінде қанағаттанарлықсыз нәтижелер (Из них с неудовлетворительным результатом)	Дезинфекциялау ерітінділерінен алынған сынамалар саны (Число отобранных проб дезинфекционных растворов)	Олардың ішінен Из них	
				Шоғырлануы төмен (Заниженной концентрации)	Шоғырлануы жоғары (Завышенной концентрации)
1	2	3	4	5	6
Тексеру кезінде анықталды (При проверке установлено)	Ұсынылды (мерзімдері нақтылана отырып) (Предложено (с уточнением сроков))		Орындаушының қолы (тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)) исполнителя)		
7	8		9		

Приложение 288
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
288- қосымша

Приложение 288
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 288/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 288/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан 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 (бар

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) _____

Приложение 289
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
289- қосымша

Приложение 289
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 289/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 289/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Қорытынды дезинфекциялауға берілетін наряд
Наряд на заключительную дезинфекцию

№ _____ (от) «__» _____ 20__ ж. (г.) _____ сағ. (час) _____ мин

Дезинфекциялауға өтінім қабылданды (Заявка на дезинфекцию принята)
ұйымның атауы (наименование организации)

Науқас адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного человека) _____
жасы (возраст) _____
Мекенжайы (Адрес)

Диагнозы (Диагноз)

Емдеуге жатқызылды (Госпитализация состоялась) 20__ ж.(г.)

_____ сағ. (час) _____ мин

Үйде қалдырылды (оставлен дома)

Дезинфекциялауға наряд тапсырылды (Наряд на дезинфекцию вручен)
20__ ж.(г.) _____ сағ.
(час) _____ мин.

Қорытынды дезинфекция жүргізуге негіздеме (НҚ) (Основание проведения
заключительной дезинфекции (НД):

Дезинфекциялау нұсқаушысы (Дезинструктор)

Дезинфекциялаушы (Дезинфектор)

Диспетчер

Нарядтың орындалуы (Выполнение наряда)

Дезинфекциялау басталды (дезинфекция начата) 20__ ж.(г.) «__» «__»
(добавить) _____ сағ. (час) _____ мин.

Аяқталды (окончена) 20__ ж.(г.) «__» «__» _____ сағ. (час) _____ мин.

Дезинфекциялаудың жүргізілмеуі немесе кеш орындалуының себебі (Причины не состоявшейся или поздней дезинфекции):

Объектілер тізбесі (Перечень объектов)	Өлшем бірлігі (Едини- ца изме- рения)	Орын- далды (Вы- пол- нено)	Жұмсалған дезинфекциялау заттарының атауы (Наименование израсходова- ных дезинфицирующих средств)	Мөл- шері, кг (Коли- че- ство в кг.)
Үй-жай беттерінің шаршы метрін дезинфекциялау (еден, қабыр- ға, қатты жиһаз), құралдар, жабдықтар (Дезинфекция кв.м. поверхностей помещений (пол, стены, жест- кая мебель) приборы оборудования)	м ²			
Жұмсақ беттердің шаршы метрін дезинфекциялау (кілем және басқа еден жабындары, қаптау маталары, жұмсақ жиһаз) (Дезинфекция квадратного метра мягких поверхностей (ковро- вые и прочие напольные покрытия, обивочные ткани, мягкая ме- бель))	м ²			
Бөлінділермен ластанбаған іш киімді дезинфекциялау (Дезинфекция белья, незагрязненного выделениями)	кг			
Бөлінділермен ластанған іш киімді дезинфекциялау (Дезинфекция белья, загрязненного выделениями)	кг			
Тамақ қалдығы бар ыдыс жинағын дезинфекциялау (Дезинфекция комплект посуды с остатками пищи)	жинақ ком- плект			
Тамақ қалдығынсыз ыдыс жинағын дезинфекциялау (Дезинфекция комплект посуды без остатков пищи)	жинақ комплект			
Тамақ қалдықтарын дезинфекциялау (Дезинфекция остатков пищи)	кг			
Ойыншықтарды дезинфекциялау (Дезинфекция игрушек)	дана шт			
Жинау мүкәммалы жинағын дезинфекциялау (Дезинфекция ком- плекта уборочного инвентаря)	дана шт			
Түкіргішті дезинфекциялау (қақырықпен) (Дезинфекция плевательницы (с мокротой))	дана шт			
Түкіргішті дезинфекциялау (қақырықсыз) (Дезинфекция плевательницы (без мокроты))	дана шт			
Жеке гигиена заттарын дезинфекциялау (Дезинфекция предметов личной гигиены)	дана шт			
Науқастарды күту заттарын дезинфекциялау (Дезинфекция предмета ухода за больным)	дана шт			
Санитариялық-техникалық жабдықтарды дезинфекциялау (Дезинфекция санитарно-технического оборудования)	дана шт			

Күрелген қоқыс төгетін орды дезинфекциялау (Дезинфекция выгребной ямы)	м ³			
Резеңке кілемшені дезинфекциялау (Дезинфекция резиновых ковриков)	дана шт			
Аулалық дәретхананы дезинфекциялау (Дезинфекция надворного туалета)	м ²			
Арнайы киімдерді дезинфекциялау (Дезинфекция спец одежды)	дана шт			
Арнайы автокөлікті өңдеу (Обработка спецавтотранспорта)	дана шт			
Төсек орындарын дезинсекциясы Дезинсекция постельных принадлежностей	кг			
Үй-жайларды дезинсекциялау Дезинсекция помещений	м2			
Үй-жайларды дератизациялау Дератизация помещений	м2			

Камералық дезинфекциялау үшін заттар саны (Количество вещей для камерной дезинфекции) кг.

Санитариялық өңделуге жататын (Подлежат санитарной обработке)

_____ адамдар (человек) _____

Приложение 290
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
290- қосымша

Приложение 290
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 290/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 290/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20__ года № _____

Иммундық-ферменттік талдау нәтижесі
Результат иммуноферментного анализа

№ _____

«__» _____ 20__ ж. (г.)

1. Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда),
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)

2. Жасы (Возраст)

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)

4. Жұмыс орны (Место работы)

5. Диагнозы (Диагноз)

6. Үлгіні жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения
направившего образец)

7. Сынама атауы (Наименование пробы)

8. Сынаманы бірінші рет немесе қайталап зерттеу (первичное или повторное
исследование пробы)

9. Материал алу күні және уақыты (Дата и время забора материала)

10. Сынама жеткізілген күні, уақыты (Дата и время доставки пробы)

11. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

12. Тексеру мақсаты (Цель обследования)

13. Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований):

14. Қоздырғышқа антиденелер (антитела к возбудителю)

15. Зерттеу әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)

16. Антигендер (антигены)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность, ЭЦП специалиста, проводившего исследование).	
Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда), Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при его наличии), ЭЦП).	

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Приложение 291
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
291- қосымша

Приложение 291
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 291/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 291/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Адамдардан алынған материалдарды бактериологиялық зерттеу және
микробтарға қарсы қолданылатын препараттарға сезімталдықты анықтау
нәтижесі**

**Результат бактериологических исследований материала от людей и
определения чувствительности к антимикробным препаратам**

№ _____ « ____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)

2. ЖСН (ИИН) _____ Жасы (Возраст) _____

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

4. Жұмыс орны (Место работы) _____

5. Диагнозы (Диагноз) _____

6. Үлгіні жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждений
направивший образец) _____

7. Сынаманың атауы (Наименование пробы) _____

8. Сынама алынған күні, уақыты (Дата и время забора материала) _____

9. Материалды жеткізу күні және уақыты (Дата и время доставки
материала) _____

10. Тексеру мақсаты (Цель обследования) _____

11. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)

№	Бөлініп алынған өсі- рінді (Выделен- ная культу- ра)	Микробқа қарсы препа- раттардың атаулары (Наименование антимик- робных препаратов)	Өсудің тежелу ай- мағының диаметрі (мм) (Диаметр зоны за- держки роста) (мм)	Сезімтал (Чув- стви- тель- ный) (S)	Сезімталды- ғы орташа (Умеренно резистент- ный) (I)	Рези- стентті (Рези- стент- ный (R)	Сынақ әді- сіне 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)

Приложение 292
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
292- қосымша

Приложение 292
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 292/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 292/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Адамдардан алынған материалдарды серологиялық зерттеулер нәтижесі

Результат серологических исследований материала от людей

№ _____ « ____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)

2. Жасы (Возраст)

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)

4. Жұмыс орны (Место работы)

5. Диагнозы (Диагноз)

6. Үлгіні жіберген мекемелердің атауы (Наименование учреждений направивший образец)

7. Сынаманың атауы (Наименование пробы)

8. Бірінші рет немесе қайталап (первичное или повторное)

9. Сынама алынған күні, уақыты (Дата и время забора материала)

10. Материалды жеткізу күні және уақыты (Дата и время доставки материала)

11. Тексеру мақсаты (Цель обследования)

12. Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)

13. Қоздырғыштарға антиденелерді анықтау кезіндегі серологиялық зерттеу нәтижелері

(Результаты серологических исследований при выявлении антител к
возбудителям):

1) Иерсиниоз (Иерсиниоз)

2) Жалған туберкуллез (Псевдотуберкуллез)

3) Лептоспироз

4) Листерия

5) Пастереллез

6) Бөртпе сүзек (Сыпной тиф)

7) Туляремия

8) Бруцеллез (Бруцеллез)

9) Хедльсон реакциясы (Реакция Хедльсона)

10) Райт реакциясы (Реакция Райта)

11) РБП

12) КБР (РСК) _____)

13) Күйдіргі (Сибирская язва)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность, ЭЦП специалиста, проводивше- го исследование).	_____ _____ _____
---	-------------------------

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда), Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы.

(Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП).

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Приложение 293
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 293/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 293/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Микробтарға қарсы препараттарға сезімталдықты анықтау нәтижесі

Результат определения чувствительности к антимикробным препаратам

№ _____ от « ____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Үлгіні жолдаған мекемелердің атауы (Наименование учреждений направивший образец)

2. Сынама атауы (Наименование пробы)

3. Жарамдылық мерзімі (сроки годности)

4. Материалды жеткізу күні және уақыты (Дата и время доставки материала)

5. Материалды алу күні және уақыты (Дата и время забора материала)

6. Тексеру мақсаты (Цель обследования)

7. Зерттеу/сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод исследования /испытаний)

**Зерттеу нәтижесі
(Результат исследования)**

№	Бөлінген өсірінді Выделенная культура	Микробтарға қарсы қолданылатын препараттардың атауы Наименование антимикробных препаратов	Препараттарға сезімталдықты анықтау Определение чувствительности к препаратам			
			Өсудің тежелу аймағының диаметрі(мм) Диаметр зоны задержки роста (мм)	Сезімталды Чувствительный	Сезімталдығы орташа Умеренно чувствительный	Төзімді Устойчив
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы.
(Ф.И.О. (при его наличии), должность, ЭЦП специалиста, проводившего исследование).

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда), Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы.
(Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии), ЭЦП).



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні	04.09.2026
Сактау күні	15.09.2026
Дата редакции	04.09.2026
Дата скачивания	15.09.2026

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Приложение 294
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
294- қосымша

Приложение 294
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 294/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 294/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Полимераздық тізбекті реакция нәтижесі

Результат полимеразной цепной реакции

**Сынама нөмірі ____ (жылғы) _____ №
_____ № Номер пробы ____ от _____ (г.)**

1. Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество обследуемого (при его наличии))

2. ЖСН (ИИН)

3. Жасы (Возраст)

4. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)

5. Жұмыс орны (Место работы)

6. Байланыс телефоны (Контактный телефон)

7. Үлгіні жіберген мекеменің атауы (Наименование организации направившего образец) _____

8. Сынаманың атауы (Наименование пробы)

9. Материалды жеткізу күні және уақыты (Дата и время доставки материала)

10. Сынама алынған күні, уақыты (Дата и время забора)

11. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

12. Тексеру мақсаты (Цель обследования)

13. Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований): /ПТР/инфекцияның түрін көрсету ПЦР на /указать вид инфекции

14. Зерттеу НҚ-ға сәйкестікке жүргізілді

(Исследование проводились на соответствие НД) _____

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)

Приложение 295
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
295- қосымша

Приложение 295
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 295/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 295/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Санитариялық-эпидемиологиялық қорытынды
Санитарно-эпидемиологическое заключение

№ _____

« ____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Санитариялық-эпидемиологиялық сараптау (Санитарно-эпидемиологическая экспертиза)

(«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Кодексінің 20-бабына сәйкес санитариялық-эпидемиологиялық сараптама жүргізілетін объектінің толық атауы)

(Полное наименование объекта санитарно-эпидемиологической экспертизы, в соответствии со статьей 20 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения») Жүргізілді (Проведена)

_____ өтініш, нұсқама, қаулы бойынша,
жоспарлы және басқа да түрде (күні, нөмірі) (по обращению, предписанию,
постановлению, плановая и другие (дата, номер))

2. Тапсырыс (өтініш) беруші (Заказчик) (заявитель)

Шаруашылық жүргізуші субъектінің толық атауы (тиесілігі), объектінің мекенжайы/ орналасқан орны, телефоны, басшысының тегі, аты, әкесінің аты (Полное наименование хозяйствующего субъекта (принадлежность), адрес /месторасположение объекта, телефон, фамилия, имя, отчество руководителя)

3. Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама жүргізілетін объектінің қолданылу саласы

(Область применения объекта санитарно-эпидемиологической экспертизы)

сала, қызмет түрі, орналасқан орны, мекенжайы (сфера, вид деятельности, месторасположение, адрес)

4. Жобалар, материалдар әзірленді (дайындалды) (Проекты, материалы разработаны (подготовлены))

5. Ұсынылған құжаттар (Представленные документы)

6. Өнімнің үлгілері ұсынылды (Представлены образцы продукции)

7. Басқа ұйымдардың сараптау қорытындысы (егер болса) (Экспертное заключение других организации (если имеются))

қорытынды берген ұйымның атауы (наименование организации выдавшей заключение)

8. Сараптама объектісінің толық санитариялық-гигиеналық сипаттамасы және оны бағалау (көрсетілетін қызметке, процеске, жағдайға, технологияға, өндіріске, өнімге) (Полная санитарно-гигиеническая характеристика и оценка объекта экспертизы (услуг, процессов, условий, технологий, производств, продукции))

9. Құрылыс салуға бөлінген жер учаскесінің, реконструкцияланатын объектінің сипаттамасы (өлшемдері, ауданы, топырағының түрі, учаскенің бұрын пайдаланылуы, жерасты суларының тұру биіктігі, батпақтанудың болуы, желдің басым бағыттары, санитариялық-қорғау аумағының өлшемдері, сумен жабдықтау, кәріз, жылумен жабдықтау мүмкіндігі және қоршаған орта мен халықтың денсаулығына әсері, дүние тараптары бойынша бағыты)

(Характеристика земельного участка под строительство, объекта реконструкции; размеры, площади, вид грунта, использование участка в прошлом, высота стояния грунтовых вод, наличие заболоченности, господствующие направления ветров, размеры санитарно-защитной зоны, возможность водоснабжения, канализования, теплоснабжения и влияния на окружающую среду и здоровью населения, ориентация по сторонам света)

10. Зертханалық және зертханалық-аспаптық зерттеулер мен сынақтардың хаттамалары, сонымен қатар бас жоспардың, сызбалардың, фотосуреттердің көшірмелері

(Протоколы лабораторных и лабораторно-инструментальных исследований и испытаний, а также выкопировки из генеральных планов, чертежей, фото)

Санитариялық-эпидемиологиялық қорытынды

(Санитарно-эпидемиологическое заключение)

(«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Кодекстың 20-бабына сәйкес санитариялық-эпидемиологиялық сараптама объектісінің толық атауы)

(Полное наименование объекта санитарно-эпидемиологической экспертизы, в соответствии со статьей 20 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»)

(санитариялық-эпидемиологиялық сараптама негізінде)
(на основании санитарно-эпидемиологической экспертизы)

Санитариялық қағидалар мен гигиеналық нормативтерге (Санитарным правилам и гигиеническим нормативам) сәйкес келеді (соответствует)

Ұсыныстар (Предложения)

(«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Кодекстың негізінде осы санитариялық-эпидемиологиялық қорытындының міндетті күші бар.) (На основании Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» настоящее санитарно-эпидемиологическое заключение имеет обязательную силу)

Мөр орны (Бас мемлекеттік санитариялық дәрігер (орынбасары) _____

тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) қолы)

Место печати (Главный государственный санитарный врач (заместитель)) _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)

Приложение 296
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
296- қосымша

Приложение 296
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 296/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 296/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Жұмыскерде кәсіптік аурудың (уланудың) болуына күдіктену кезіндегі еңбек
шарттарының**

№ _____ санитариялық-эпидемиологиялық сипаттамасы

**Санитарно-эпидемиологическая характеристика условий труда работающего
при подозрений у него профессионального заболевания (отравления) № _____**

Жылы, айы, күні (число, месяц, год)

Жұмыскер (Работник):

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Туған датасы (дата рождения): _____

Диагнозды анықтаған кездегі жұмыскердің мамандығы мен лауазымы
(Профессия или должность
работника в момент установления диагноза):

Кәсіпорынның (жұмыс берушінің) толық атауы (Полное наименование
предприятия)

(работодателя): _____

Мекенжайы, меншік формасы (Адрес, форма собственности):

Цехтың, учаскенің, шеберхананың және тағы сондайлардың атауы
(Наименование цеха, участка

мастерской и прочие: _____

Жалпы жұмыс өтілі (Общий стаж работы):

Осы мамандық (лауазым) бойынша өтілі (Стаж работы в данной профессии
(должности)):

Өндірістік ортаның қандай зиянды факторларымен бұрын байланыс болған
(С какими вредными факторами производственной среды имел контакт
ранее)

Жұмыскердің сөзінен немесе бар болған материалдардың негізінде
факторлар тізбесі, қандай өндірісте, байланыс ұзақтығы

(перечень факторов, на каком предприятии, длительность контакта со

слов работающего или на основании имеющихся материалов)

Зиянды өндірістік фактормен байланыс тоқтатылғаннан кейін ауырудың
пайда болуы кезінде

(При возникновении заболевания после прекращения контакта с вредным
производственным фактором),

Цехты, кәсіпорынды жою, оны реконструкциялау жағдайларында, зиянды
факторлар

туралы еңбектің зиянды жағдайларына байланысты мамандыққа тиесілігін
растайтын

басқа құжаттар ұсынылады

(в случае ликвидации цеха, предприятия, его реконструкции, о вредных
факторах

предоставляются другие документы, подтверждающие принадлежность к
профессии,

связанной с вредными условиями труда):

Кәсіптік аурудың (улану) пайда болу мүмкіндігі бар, қауіпті, зиянды
заттар мен қолайсыз өндірістік факторлардың әсері жағдайларындағы
жұмыс өтілі

(Стаж работы в условиях воздействия опасных, вредных веществ и
неблагоприятных производственных факторов, которые могли вызвать
профессиоанльное заболевание (отравление)).

Кәсіптік бағыты (Профессиональный маршрут) (жұмыс жасаған әр бір

мамандығы бойынша еңбек кітапшасындағы жазбаларға сәйкес)
(согласно записям в трудовой книжке по каждой профессии, в какой
работал)

Ескертпе: жұмыскердің еңбек қызметін сипаттау, маманның нақты жұмыс
орнын тексеруі негізінде, лауазымдық міндеттер мен әкімшіліктен
немесе жұмыскердің өзінен алынған мәліметтерді ескере отырып
беріледі.

Примечание: описание трудовой деятельности работающего дается на
основании обследования специалистом конкретного рабочего места
с учетом должностных обязанностей и сведений, полученных от
администрации и самого рабочего.

Зиянды өндірістік факторлардың тізбесі
(Перечень вредных производственных факторов):

Өндірістік ортаның барлық зиянды факторлары мен еңбек процесін көрсете
отырып,

өндірістік қызметтің орындалатын технологиялық операцияларын егжей-
тегжейлі

сипаттау, олардың әсер ету уақытының ұзақтығы %

(Детальное описание выполняемых технологических операций
производственной деятельности с указанием всех вредных факторов
производственной среды и трудового процесса, длительность времени их
воздействия, %)

Технологиялық және техникалық құжаттама, хронометраж, технологиялық
режим, жұмыс

орнын аттестаттау материалдары
(технологическая и техническая документация, хронометраж,
технологический режим,
материалы аттестации рабочего места):

Жұмыс орындарында зиянды өндірістік факторларға байланысты өндірістік
ортаның

жағдайы (Состояние производственной среды в зависимости от вредных
производственных факторов на рабочих местах).

Зертханалық және аспаптық зерттеулердің деректері ауырған адамның
жұмыс жылдары

бойынша мүмкіндігінше динамикамен келтіріледі (Данные лабораторных и
инструментальных исследований по возможности приводятся в динамике за
годы работы заболевшего). Оларды өткізген ұйымның атауы (Наименование
организации, их проводившей):

Зиянды өндірістік факторлар (вредные производственные факторы):

1. Шаң (Пыль): сапалы сипаттамасы (качественная характеристика) (табиғи
немесе жасанды (природная или искусственная), минералды немесе органикалық
(минеральная или органическая), % химиялық құрам (химический состав в %).
Химиялық заттардың газдары мен буларының болуы (Присутствие газов и паров
химических веществ). Дисперсиялық құрам: конденсаттық немесе
дезинтеграциялық аэрозоль (Дисперсный состав: аэрозоль конденсации или

дезинтеграции). Шаңның физикалық-химиялық қасиетінің сипаттамасы
(Характеристика физико-химических свойств пыли).

Жұмыс аймағы ауасының шаңдануының сандық көрсеткіштері
(Количественные

показатели запыленности воздуха рабочей зоны):

жылдар (годы)	Шоғырлануы (Концентрация), мгЗ	
	ең көп–бір реттік (максимально-разовая)	орташа ауысымдық (среднесменная)

Ескертпе (примечание):

Қорытынды (заключение):

2. Химиялық заттар, биологиялық факторлар (Химические вещества,
биологические

факторы):

Жұмыскердің үнемі немесе уақытша болатын жерлерде, қолданылатын
шикізатты, аралық және соңғы өнімдерді, реакция мен олардың өзгеру
мүмкіндігін (тотығу, гидролиз) ескере отырып, шығарылатын зиянды
заттардың тізбесі

Перечень выделяющихся вредных веществ в местах постоянного и
временного пребывания работающего с учетом применяемого
сырья, промежуточных и конечных продуктов, реакции и возможности их
превращения (окисление, гидролиз и др.)

Шығарылатын зиянды заттардың сандық сипаттамасы (Количественная
характеристика выделяющихся вредных веществ):

заттың атауы	рұқсат етілген шекті шо- ғырлануы мгЗ	жыл- дар	сынама саны	шоғырлануы, (концентрация), мгЗ	рұқсат етілген шекті шоғырланудан шегінен артатын сынама үлесі
--------------	--	-------------	----------------	------------------------------------	---

(наименование вещества)	(Предельно допустимая концентрация), мг/З		(годы)	(количество проб)			(процент проб, превышающих предельно допустимую концентрацию)	
	ең көп-бір реттік (максимально разовая)	орта ауысымдық (средне-сменная)			ең көп-бір реттік (максимально разовая)	орта ауысымдық (средне-сменная)	ең көп-бір реттік (максимально разовая)	орта ауысымдық (средне-сменная)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Ескертпе (примечание):

Қорытынды (заключение):

3. Иондалмаған сәулелену. (Неионизирующие излучение):

4. Иондалған сәулелену (Ионизирующее излучение):

5. Шу, діріл (Шум, вибрация):

Сандық сипаттамасы (Количественная характеристика):

жылдар (годы)	ауысымдағы баламалы деңгейі (эквивалентный уровень за смену)	жұмыс өтіліндегі экспозиция (экспозиция за рабочий стаж)

Ескертпе (примечание):

Қорытынды (заключение):

6. Микроклимат (Микроклимат): температура (температура), салыстырмалы ылғалдылық, (относительная влажность), ауа қозғалысы жылдамдылығы (скорость движения воздуха), жылумен сәулелену қарқындылығы (интенсивность теплового излучения). Үнемі немесе уақытша әсер ету, жылумен сәулелену көздері (Постоянное или непостоянное воздействие, источники теплового излучения).

жылдар (годы)	Температура, оС		Салыстырмалы ылғалдылық, % (Относительная влажность, %)		ауа қозғалысы жылдамдылығы, м/с (Скорость движения воздуха, м/с)		жылылық сәулелену қарқындылығы (Интенсивность теплового излучения)	
	ШРД ПДУ	Факт	РДШ ПДУ	Факт	РДШ ПДУ	Факт	РДШ ПДУ	Факт

Ескертпе (примечание):

Қорытынды (заключение):

Сандық сипаттама (Количественная характеристика): рұқсат етілген мәндер шегінен шыққан көрсеткіштер тізбесі, олардың шамасы мен әсер ету ұзақтығы (перечень показателей, выходящих за пределы допустимых значений, их величины и продолжительность воздействия):

7. Еңбек процесінің факторлары (Факторы трудового процесса): жұмыс орынын ұйымдастыру, физикалық жүктеме, көзге түсетін салмақ, еңбек және демалыс режимі (организация рабочего места, физическая нагрузка, зрительное напряжение, режим труда и отдыха). Жұмыс қалпы (Рабочая поза): бос, мәжбүрлі (свободная, вынужденная). Ауысымның жұмыс уақытынан пайызбен мәжбүрлі қалыпта болуы пайызбен (Нахождение в вынужденной позе в процентах от рабочего времени смены). Корпустың еңкейюі (жоқ, мәжбүрлі) (Наклоны корпуса) (отсутствуют, вынужденные), градуспен корпустың еңкею бұрыштары (углы наклона корпуса в градусах). Операция, ауысым кезінде еңкеюлердің саны (Количество наклонов за операцию, за смену):

Физикалық жүктеме факторларының сипаттамасы (Характеристика факторов физической нагрузки): қолмен тасымалданатын жүктің салмағы килограммен (масса груза, перемещаемая вручную в килограммах). Жүк қайдан тасымалданады (жер бетінен, жұмыс бетінен) (Откуда перемещается груз (с пола, с рабочей поверхности)). Операция, ауысым кезінде жүкті көтеру арақашықтығы мен орын ауыстыруы. Ауысымдық жүкайналымы (тоннада) (Расстояние подъема и перемещения груза за операцию, за смену. Сменный грузооборот(тонн)):

Көзге салмақ түсу факторларының сипаттамасы (Характеристика факторов зрительного напряжения): оптикалық аспаптармен жұмыс жасау немесе соларсыз (работа с оптическими приборами или без них). Объектілердің өзгешелік көлемі, мм., контраст, фонның сипаттамасы (Размеры объекта различия в мм., контраст,

характеристика фона: Еңбек және демалыс режимдерінің сипаттамасы (Характеристика режимов труда и отдыха): ауысымдылығы, ұзақтығы және регламенттелген үзілістерді сақтау, солардың ауысым кезінде ұзақтығы, түскі үзіліс ұзақтығы (сменность, продолжительность и соблюдение регламентированных перерывов, их длительность за смену, продолжительность обеденного перерыва):

8. Жеке қорғаныш құралдарын пайдалану (ЖҚК) (Использование средств индивидуальной защиты (СИЗ)): маркасы, қолайсыз өндірістік факторға сәйкес қамтамасыз етілуі, қолдану жүйелігі, пайдалану ережелерін бұзу. Бар болған зиянды факторға ЖҚК сәйкессіздігі (марки, обеспеченность с учетом соответствующего неблагоприятного производственного фактора, систематичность применения, нарушение правил использования. Несоответствие СИЗ действующему вредному фактору).

9. Санитариялық-эпидемиологиялық сипаттама жасалып жатқан жұмыскердің кәсіптік топқа жататын тобында кәсіптік ауырулардың бар болуы немесе болмауы. Осы цехте, учаскеде, кәсіптік топта кәсіптік ауырулардың немесе уланулардың бар болуы (Наличие или отсутствие профессиональных заболеваний в той профессиональной группе, к которой относится рабочий, на которого составляется санитарно-эпидемиологическая характеристика. Наличие профессиональных заболеваний или отравлений в данном цехе, участке, профессиональной группе):

10. Жұмыскердің еңбек шарттары санитариялық-эпидемиологиялық нормалау жүйесінің құжаттары талаптарына сәйкестігі мен пайда болған кәсіптік ауырудың (уланудың) зиянды өндірістік факторларымен байланысы туралы қорытынды (Заключение о соответствии условий труда работающего требованиям документов системы санитарно-эпидемиологического нормирования и связи вредных производственных факторов с возникшим профессиональным заболеванием (отравлением))

Санитариялық-эпидемиологиялық сипаттаманы жасаған

(Санитарно-эпидемиологическую характеристику составил (а)):

_____ Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О (при
его наличии), должность)

" ____ " ____ 20 ____ ж.г.

Приложение 297
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
297-қосымша

Приложение 297
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 297/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 297/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20__ года № _____

Наряд бойынша дезинфекциялау жүргізу туралы анықтама

№ _____

Справка о проведении дезинфекции по наряду

№ _____

(от) «__» _____ күні 20__ ж. (г.) сағ. (час) _____ мин _____

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Жасы (Возраст)

Мекенжайы (Адрес)

Диагнозы (Диагноз)

Дезинфекциялау жүргізген адам (Дезинфекцию проводил)

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (должность, фамилия, имя,

отчество (при его наличии))

Қолы (Подпись)

Пәтер иесінің наразылығы жоқ, _____ сағ. (час) _____ мин.
жадынамамен

таныстырылды.

(Владелец квартиры претензий не имеет,

с памяткой ознакомлен)

Пәтер иесінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда),

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) владельца квартиры)

Қолы (Подпись)

Приложение 298
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
298-қосымша

Приложение 298
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 298/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 298/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Заттарға берілетін түбіртек

Квитанция на вещи

№ _____

Наряд бойынша (По наряду) №

Тұлғадан қабылданды (Приняты от физического лица)

Мекенжайы (Адрес)

Дезинфекциялау себептері (Для дезинфекции по поводу)

Қорытынды дезинфекция жүргізуге негіздеме (НҚ) (Основание проведения
заключительной дезинфекции (НД)

№	Заттардың атауы (Наименование вещей)	Мөлшері (Количество)
1		
2		

«__» _____ 20__ ж.(г.) заттар дезинфекциялауға тапсырылды
(вещи сдал в дезинфекцию)

тұлғаның қолы (подпись физического лица)

Заттарды камералық дезинфекциялауға қабылдады (Вещи для камерной
дезинфекции принял)

Дезинфекциялаушының қолы (подпись дезинфектора)

Наразылығым жоқ (Претензий не имею)

Заттарды алғаны туралы иесінің қолы (Подпись владельца о получении
вещей) _____

Приложение 299
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
299-қосымша

Приложение 299
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 299/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 299/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

№ _____ су қоймасының паспорты

Паспорт водоема № _____

1. Су қоймасының орналасқан жері (ауданы, елді мекеме) (Место расположения водоема (район, населенный пункт))

2. Паспорттың толтырылған күні (Дата заполнения паспорта) «__»

3. Шаруашылық мақсаты (Хозяйственное назначение)

4. Тұрғын үй құрылысынан арақашықтық (Расстояние от построек жилых)

_____ м,

мал шаруашылығынан (животноводческих) _____ м

5. Су қоймасының карта-схемасы (суреті паспорттың артқы бетіне салынады)
(Карта-схема водоема (рисуется на обратной стороне паспорта))

6. Су қоймасының сипаттамасы (Характеристика водоема):

Су қоймасының түрі (Тип водоема)

Физикалық ауданы (Физическая площадь)

Су қоймасы жағалауындағы тереңдік (Глубина водоема у берега)

ортасындағы (в середине)

Су қоймасының қоректену көзі (Источник питания водоема)

Өсімдік сипаты (Характер растительности)

Су өсімдігі басқан аудан (%-бен) (Площадь, покрытая водной растительностью (в %)) _____

7. Тексеру және өңдеу үшін қолжетімділік (Доступность для обследования и обработки) _____

8. Анофелогенді су қоймасы: ИӘ, ЖОҚ (Водоем анофелогенный: ДА, НЕТ)

Анофелогенді ауданы (Анофелогенная площадь)

Тексеру күні Дата обследования	Су қоймасының ауданы Площадь водоема		Дәрнесілдердің түрлік құрамы Видовой состав личинок	Сынақ әдісіне НҚ НД на метод испытаний	Ұсынылатын іс-шаралар Рекомендуемые мероприятия			
	Жалпы Общая	Анофелогенді Анофелогенная			Санитариялық-гидротехникалық (тазалау, кептіру) Санитарно-гидротехнические (осушение, расчистка)	Биологиялық (гамбузирлеу, басқа да биологиялық агенттер) Биологические (гамбузирование, др. биологические агенты)	Химиялық (инсектицидтер, даму ингибиторлары) Химические (инсектициды, ингибиторы развития)	Физикалық (мұнай өнімдері ЖМС және ЖМК) Физические (нефтепродукты, ВЖС и ВЖК)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Паразитолог _____

Энтомолог _____

Приложение 300
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
300-қосымша

Приложение 300
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

от « ____ » _____ 20 ____ года

№ _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 300/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 300/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Аса қауіпті инфекцияларды тасымалдаушы иксод кенелерінің
болуына аумақты барлап зерттеп-қарау нәтижелерін
есепке алудың жиынтық тізімдемесі**

Сводная ведомость
учета результатов рекогносцировочных обследований территорий
на наличие иксодовых клещей-переносчиков особо
опасных инфекций
20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрацион- ный номер)	Аумақтың ланд- шафтты сипаты (Ландшафтная ха- рактеристика тер- ритории)	Кезеңдер түрі (ашық, жа- бық) (Тип стадии (откры- тый, закрытый))	Материалды алу орны (әкімшілік ауданның атауы мен тексеру нүктесі) (Место добычи материала (название административного района и точка об- следования))	Жиналған кенелер (Собрано клещей)		
				Бар- лы- ғы (Все- го)	Ке- не- лер- дің түрі (Ви- ды кле- щей)	%
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы/ Продолжение таблицы

Кенелер санының көрсеткіштері (флаго-сағат) (Показатели численности клещей на (флаго-ча- сов))		Зертханалық зерттеу деректері (Данные лабораторного исследования)			
Имаго	Басқа фазалар (Другие фазы)	Тексерілген қорлар са- ны (Число обследованных пулов)	Бөлінген өсірінді- лер (Выделено куль- тур)	ПТР ПЦР, %	Бөлінген өсірінді- лер/ % (Выделено куль- тур, %)
8	9	10	11	12	13

Приложение 301
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
301-қосымша

Приложение 301
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 301/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 301/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің органына келу
туралы хабардар ету (хабарлама)**

**Уведомление (извещение) о явке в государственный орган санитарно-
эпидемиологической службы**

Іс жүргізуге қатысушының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) участника производства)

«Әкімшілік құқық бұзушылық туралы» Қазақстан Республикасы кодексінің
_____ бабына сәйкес (ӘҚБК 744, 816-баптары) Сізге (В соответствии со статьей
_____ Кодекса Республики Казахстан «Об административных правонарушениях»
(ст.744, 816 КоАП) Вам необходимо явиться в)

_____,
мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет органының атауын көрсету (указать
наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы)

мына мекенжайға келуге тиіссіз: (по адресу)

20 _____ ж. _____ « » _____ сағат _____ мин. № _____ кабинет («__»
_____ 20 _____ года к часам _____ мин. ____ в кабинет № _____) әкімшілік құқық
бұзушылық туралы хаттаманы толтыру және түсініктеме беру/әкімшілік құқық
бұзушылық туралы істі қарау үшін (қажеттісін сызып көрсету керек) келуіңіз
қажет (для составления протокола об административном правонарушении и дачи
объяснений/для рассмотрения дела об административном правонарушении
(нужное подчеркнуть)).

Егер Сіз шақыртуға себепсіз келмесеңіз, ӘҚБтК-ның 744-бабы 4-
тармағының, 790-бабы 1-тармағының ережелеріне сәйкес Сізді ішкі істер
органдары әкелуі мүмкін (В случае неявки по вызову без уважительных причин, в
соответствии с положением части 4 статьи 744, части 1 статьи 790 КоАП, Вы
можете быть подвергнуты приводу органами внутренних дел).

*Мынадай: адамның келу мүмкіндігінен айырған сырқаты, жақын
туыстарының қайтыс болуы, дүлей зілзалалар, адамды белгіленген мерзімде келу
мүмкіндігінен айыратын өзге де себептер шақыру туралы тиісінше хабардар
етілген адамның келмеуінің дәлелді себептері танылады. Өзіне қатысты
әкімшілік іс бойынша іс жүргізіліп жатқан жеке тұлға не заңды тұлғаның өкілі,
әкімшілік жауаптылыққа тартылатын кәмелетке толмаған адамның заңды
өкілі шақыру бойынша белгіленген мерзімде келуге кедергі келтіретін дәлелді
себептердің бар екендігі туралы өздерін шақырған органды хабардар етуге
міндетті.*

Уважительными причинами неявки лица, подлежаще 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.)

Приложение 302
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
302-қосымша

Приложение 302
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 302/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 302/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**(Істің қаралатын уақыты мен орнын тағайындау туралы; іс бойынша
адамдарды шақыру, қажетті қосымша материалдарды талап ету, қажет
болған жағдайда сараптама тағайындау туралы; істі қарауды кейінге
қалдыру туралы; егер осы істі қарау өзінің құзыретіне жатпаса не судьяға,
лауазымды адамға қарсылық білдіру туралы ұйғарым шығарылса,
әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттаманы және істің басқа да**

**материалдарын ведомстволық бағыныстылығы бойынша қарауға беру
туралы; ӘҚБтК-нің 812-бабына сәйкес істі мәні бойынша қарауға беру
туралы)**

**Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша процестік әрекеттер
туралы анықтама**

**Определение о процессуальных действиях по делу об административных
правонарушениях**

**(о назначении времени и места рассмотрения дела; о вызове лиц,
истребовании необходимых дополнительных материалов по делу,
назначении экспертизы в случае необходимости; об отложении рассмотрения
дела; о передаче протокола об административном правонарушении и других
материалов дела на рассмотрение по подведомственности, если рассмотрение
данного дела не относится к его компетенции либо вынесено определение об
отводе судьи, должностного лица; о передаче дела для рассмотрения по
существу в соответствии со статьей 812 Кодекса Республики Казахстан «Об
административных правонарушениях» (далее - КоАП)).**

20__ жылғы/года «_____» Іс (дело) №_____

Лауазымды тұлға - халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы
саласындағы мемлекеттік органның басшысы, оның орынбасар, аумақтық
бөлімшелерінің басшы мен оның орынбасары (Должностное лицо - руководитель
государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия
населения, его заместитель, руководитель территориального подразделения, его
заместитель)_____

_____ қатысты
құқық бұзушының Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) көрсету (указать Ф.И.О. (при его наличии),
правонарушителя))

ӘҚБтК _____ бабының _____ бөлігінде көзделген әкімшілік құқық бұзушылық
туралы істі қарауға дайындаған кезде (при подготовке к рассмотрению дела об
административном правонарушении, предусмотренного частью _____ статьи
_____ КоАП) (в отношении)

Анықтады (Установил):

ӘҚБтК-нің 813-бабына сәйкес анықтады/В соответствии со статьей 813 КоАП
установил:

аталған істі қарау өздерінің құзыретіне жататынын не жатпайтынын көрсету/указать относится
ли к их компетенции рассмотрение данного дела

аталған істі лауазымды адамның қарау мүмкіндігін болғызбайтын мән-жайлар бар-жоғын
көрсету/указать имеются ли обстоятельства, исключающие 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 нужно)

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 танықаны туралы белгі (Отметка об ознакомлении участников производства по делу об административном правонарушении) _____

Приложение 303
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
303-қосымша

Приложение 303
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 303/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 303/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Полиомиелит немесе жіті енжар паралич жағдайын эпидемиологиялық
тергеп-тексеру**

**Эпидемиологическое расследование случая полиомиелита или острого
вялого паралича**

1-часть. Немедленное расследование случая									
1. Сәйкестендіру деректері									
Идентификационные данные									
Эпидемиологиялық нөмірі Эпидемиологиче- ский номер			Тергеп-тексеру күні Дата расследования		күн день	ай месяц	жыл год		
Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағ- дайда) Фамилия, имя, отче- ство (при его нали- чии)			Елді мекен атауы, мекенжайы Наименование населенного пункта, адрес						
Облыс Область			Аудан Район						
Туған жылы Дата рождения	күні день	айы ме- сяц	жы- лы год	Туған жылы белгісіз болған жағдайда, шама- мен жасын көрсетіңіз Если дата рождения не известна, то укажите примерный возраст	Жынысы/ пол	Ә/Ж Е/М			
Әкесінің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отче- ство (при его нали- чии) отца			Анасының тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии) матери						
2. Тіркеу									
Регистрация									
Жағдайды тіркеу күні Дата регистрации случая					күні день	айы месяц	жы- лы год		
Науқас адамның ауруханаға жатқызылған күні Дата госпитализации больного человека					күні день	айы месяц	жы- лы год		
Медициналық ұйымның атауы Наименование медицин- ской организации					Ауру тарихы № История болезни №				
Клиникалық диагноз Клинический диагноз					Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отче- ство (при его наличии)				
Науқас осы ауру бойынша басқа медициналық ұйымдарға медициналық көмекке жүгінген бе? (белгілеу) Обращался ли за медицинской помощью больной по поводу данного за- болевания в другие медицинские организации (отметить)					иә да		жоқ нет		бел- гісіз неиз- вест- но

Науқас жүгінген болса, медициналық ұйымның атауы мен жүгінген күнін көрсету Если больной обращался, то указать наименование медицинской организации и дату обращения				
2. Ауру тарихы мен симптомдары				
История болезни и симптомы				
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? Было ли повышение температуры тела в начале заболевания (паралича)?		иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно
Паралич асимметриялық па? Паралич асимметричный?		иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно
Параличтің басталуынан толық дамуына дейін қанша күн өтті? Сколько дней прошло от начала заболевания до полного развития паралича?				
Параличтің орны				

Место паралича:									
Сол аяқ Левая нога	иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно		Тыныс алу бұлшықеті Дыхательная мускула- тура	иә да	жоқ нет		
Оң аяқ Правая нога	иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно		Мойын бұлшықеті Мышцы шеи	иә да	жоқ нет		
Сол қол Левая рука	иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно		Бет бұлшықеті Мышцы лица	иә да	жоқ нет		
Оң қол Правая рука	иә да	жоқ нет	белгісіз неизвестно		Басқалары (көрсетіңіз) Другие (укажите)	иә да	жоқ нет		
Қолдың параличі Па- ралич рук	проксималды проксимальный		дисталды дистальный		Екеуі де оба	жоқ нет		бел- гісіз неиз- вест- но	
Аяқтың параличі Паралич ног	проксималды проксимальный		дисталды дистальный		Екеуі де оба	жоқ нет		бел- гісіз неиз- вест- но	
Жүйке функциясының сезімталдығын жоғалту Утрата чувствительности функции нерва					иә да	жоқ нет		бел- гісіз неиз- вест- но	
Ауруға дейін 28 күн ішінде науқас басқа елді мекендерге (елдерге) бар- ды ма? Выезжал ли больной в другие населенные пункты (страны) в течение 28 дней до заболевания?					иә да	жоқ нет		бел- гісіз неиз- вест- но	
Барған болса, көрсетіңіз Если выезжал, то укажите	бастап с					дей- ін до			
		күні день	айы месяц	жылы год				күні день	
Қайда (ел, елді мекен) Куда (страна, населен- ный пункт)									
Соңғы 60 күн ішінде науқас адамның айналасында параличтің басқа жағ- дайлары болды ма? Были ли другие случаи параличей в окружении больного человека за по- следние 60 дней?					иә да	жоқ нет		бел- гісіз неиз- вест- но	
4. Егу анамнезі Прививочный анамнез									
Иммундау кезінде алынған ауыз арқылы қабылдайтын полиомиелит вак- цинасы (АПВ) дозаларының саны					жоспарлы плановая				
					қосымша				

Количество доз оральной полиомиелитной вакцины (ОПВ), полученных в ходе иммунизации		дополнительная		
Соңғы АПВ екпесінің күні Дата последней прививки ОПВ		күні день	айы месяц	жы- лы год
5. Нәжіс үлгілерін жинау Сбор образцов фекалия				
Нәжістің бірінші үлгісінің алынған күні Дата взятия первого образца фекалия		күні день	айы месяц	жы- лы год
Нәжістің екінші үлгісінің алынған күні Дата взятия второго образца фекалия		күні день	айы месяц	жы- лы год
Нәжіс үлгілерін вирусологиялық зертханаға жіберу күні Дата отправки образцов фекалия в вирусологическую лабораторию		күні день	айы месяц	жы- лы 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 ме- сяц
Науқас адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного человека		Елді мекен, мекенжай Населенный пункт, адрес		
Облыс Область		Аудан Район		
Туған күні Дата рождения			Туған күні белгісіз болған жағдайда, шамамен жасын көрсетіңіз Если дата рождения неизвестна, то укажите примерный возраст	жы- ны- сы пол
	күні день	айы месяц	жылы год	

60 (90) күннен кейін қарап-тексеру жүргізілді ме? Проведен ли осмотр через 60 (90) дней?		иә да	жоқ нет
Жүргізілмеген жағдайда, себебін көрсетіңіз Если не проведен, то укажите причину		Науқас ба- қылаудан шықты больной вы- был из-под наблюдения	
		Науқас қай- тыс болды больной умер	
Жүргізілген жағдайда параличтің (парез) болуын көрсетіңіз Если проведен, то укажите наличие параличей (парезов)		иә да	жоқ нет
Науқас адамның жағдайына бағалау жүргізген медицина- лық 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 жағ- дайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии) эпидемиолога			

Приложение 304
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
304-қосымша

Приложение 304
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 304/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 304/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Стационарлардағы сүтқоректілер санын есепке алу бойынша жұмысты
есепке алу күнделігі**

Дневник учета работы на стационарах по учету численности млекопитающих

Басталуы (Начат) « ____ » _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__»____ 20 ж. (г.)

Кү- ні (Да- та)	Ста- цио- нар- дың № (№ ста- цио- нара)	Аулау құрал- дарының са- ны, дана (Количество орудий уло- ва, штук)		Ұсақ сүт қоректі- лердің жалпы са- ны, бірлік (Общее количество мелких млекопита- ющих, единиц)	Материалды алу орны (әкімшілік ауданының атауы мен тексеру нүк- тесі) (Место добычи материала (Назва- ние административного района и точка обследования))	Сұр тышқандар (Полевки)			
		Тор- лар (Ло- вуш- ки)	Қақ- пан (Кап- кан)			Та- бын- дык (Стад- ная)	Қызыл сібір- лік (Крас- но Сибир- ская)	Эко- ном- ка (Эко- ном- ка)	Кәдім- гі (Обык- новен- ная)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

*Кестенің жалғасы**Продолжение таблицы*

Су сұр тыш- қаны (Водя- ная полевка)	Он- датр (Он- дат- ра)	Тышқандар (Мыши)					Жәндікқоректілер (жертесер- лер) (Насекомоядные (бурозубки))			Сұр еге- укүй- рық (Пас- юк)	Ат- жал- ман (Хо- мяк)
		Орман тышқа- ны (Лес- ная)	Кішкен- тай тыш- қан (Ма- лютка)	Тыш- қан (Мы- шев- ка)	Үй тышқа- ны (До- мовая)	Дала тышқа- ны (По- левая)	Кәдімгі (Обык- новен- ная)	Арктика- лық (Аркти- ческая)	Кіші (Ма- лая)		
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Күнделік жүргізуге жауапты адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О.
(при его наличии) лица ответственного за ведение дневника)

Қолы (Подпись)

Приложение 305
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
305-қосымша

Приложение 305
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 305/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 305/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Өнімдерді (тауарларды) сатып алу актісі

Акт закупа продукции (товаров)

(от) «__» _____ 20__ ж. (г.)

1. Бақылау мақсатында сатып алуды жүргізу туралы шешімнің нөмірі мен күні _____

(Номер и дата решения о проведении контрольного закупа)

2. Бақылау және қадағалау субъектісінің және объектісінің атауы, сатып алуды жүргізу мекенжайы (Наименование субъекта и объекта контроля и надзора, адрес проведения закупа) _____

3. Сатып алу мақсаты (Цель закупа)

_____ өнімнің (тауардың), өндірушінің атауы (наименование продукции (товара), производителя) _____

4. Сатып алу жүргізілген күні мен уақыты (Дата и время проведения закупа)

_____ 5. Санитариялық–эпидемиологиялық сараптау жүргізу үшін санитариялық-эпидемиологиялық қызмет ұйымына жеткізу күні мен уақыты (Дата и время доставки в организацию санитарно-эпидемиологической службы для проведения санитарно-эпидемиологической экспертизы)

_____ 6. Өнімдерді тасымалдау барысында сақтау шарттары (Условия хранения продукции при транспортировке)

_____ 7. Объектіде жарамдылық мерзімі белгіленбеген және (немесе) өтіп кеткен, айқын бұзылу белгілері бар өнімдерді (тауарларды) сатудың анықталғаны туралы ақпарат (Информация о выявлении в реализации объекта продукции (товаров) с неустановленным и (или) истекшим сроком годности, явными признаками порчи)

_____ 8. Объектіде өндіруші белгілеген өнімді сақтау шарттарының сақталуы/сақталмауы туралы белгі (Отметка о соблюдении (Не соблюдении на объекте условий хранения продукции, установленных производителем)

9. Қабылданған жедел ден қою шаралары туралы ақпарат (Отметка о принятых мерах оперативного реагирования)

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

Үлгі- ні тір- кеу нөмі- рі (Ре- ги- стра- цион- ный но- мер об- раз- ца)	Алынған өнім (тауар) үлгі- лерінің атауы, өндірушісі (Наименования отобран- ных образцов продукции (товара), производитель)	Алын- ған үлгі- лер саны (Коли- че- ство ото- бран- ных образ- цов, ед.)	Үлгі- нің сал- ма- ғы, көле- мі (Вес, объ- ем об- раз- ца)	Өнім туралы сәй- кестендіру мәліметте- рі (өндірілген күні, жарамдылық мерзімі, сериясы, партия нөмі- рі, т.б.). (Идентификационные сведения о продукции (дата производства, срок годности, серия, номер партии, т.д.)	Өнімнің (тауар- дың) сынамасы- ның жалпы баға- сы (Общая цена пробы продук- ции (товара))	Пломба салу барысында қаптаманың тү- рі (Вид упаков- ки при оплом- бировании)	Плом- ба нө- мірі (Но- мер плом- бы)
1	2	3	4	5	6	7	8

Сынама алу барысына қатысқан объекті өкілінің (лауазымы), Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Должность), Ф.И.О (при его наличии). представителя объекта, в присутствии которого произведен отбор)

Қолы (Подпись) _____

Үлгілерді сатып алуды жүзеге асырған адамның лауазымы Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Должность, Ф.И.О. (при его наличии), лица производившего закуп образцов) _____

Қолы (Подпись) _____

Өнімдер мен тауарларды сатып алу төлем құжатымен расталды (Закуп продукции товаров подтвержден платежным документом)

төлем құжатының түрі, күні, нөмірі (вид платежного документа, дата, номер)

Приложение 306
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
306-қосымша

Приложение 306
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 306/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 306/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Бақылау мақсатында сатып алуды өткізу туралы шешімдерді тіркеу
журналы**

Журнал регистрации решений о проведении контрольного закупа

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж.(г)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 __ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регист- раци- онный номер)	Шешім шыға- рылған күн (Дата вынесе- ния ре- шения)	Шығаруға негіз (Осно- вание выне- сения)	Сатып алынатын өнімнің атауы (Наименование про- дукции, подлежащей закупу)	Сатып алуға уәкілет- ті лауазымды адам- дар (Должностные лица, уполномоченные на проведение закупа)	Сатып алу нәтижесі ту- ралы ақпарат (Отметка о результатах закупа)	Ес- керт- пе (При- меча- ние)
1	2	3	4	5	6	7

Приложение 307
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
307-қосымша

Приложение 307
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 307/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 307/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.)

Тір- кеу нө- мірі (Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер)	Хабарла- маның шығары- лған кү- ні (Дата вынесе- ния уве- домле- ния)	Сатып алу жүргізілген бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі, ата- уы, ЖСН/БСН, мекенжайы, сатып алу күні (Субъект (объект) контроля и надзора у которого проведен закуп (Наименование, ИИН/ БИН, адрес, да- та закупа)	Өнім- ді (тау- ар- ды) са- тып алу күні (Да- та за- купа про- дук- ции (то- ва- ра))	Са- тып алын- ған өнім- нің (тау- ар- дың) атауы (На- име- нова- ние закуп- лен- ной про- дук- ции (това- ра))	Бақылау мақса- тында са- тып алу туралы шешім- нің күні және нө- мірі (Дата и номер решения о прове- дении кон- трольно- го заку- па)	Хабарламаны дайындады (маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) лауазы- мы, қолы) (Уведомление подготовлено (Ф.И.О. (при его наличии), должность, подпись специалиста)	Ес- керт- пе (При- меча- ние)
1	2	3	4	5	6	7	8

Приложение 308
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
308-қосымша

Приложение 308
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 308/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 308/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**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))

Хабарлама-ның № № уведомле-ние	Тыйым салу күні (Дата наложения запрета)	Тасымалдаушыға немесе жүкке қатысты уәкілеттік берілген басқа адамға хабарлама жіберу (Направление уведомления перевозчику или иному уполномоченному в отношении грузов лица)	Әкелуге тыйым салынған тауардың (контейнердің) атауы (Наименование товара (контейнера), ввоз которого запрещен)	СЭҚТН коды (Код ТН-ВЭД)	Бақылаудағы тауарлардың жалпы салмағы (Общий вес подконтрольного товара)
1	2	3	4	5	6

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Партия саны (Колличество партии)	Берілген құжаттар (инвойс, жүк құжаты, МТК) (Представленные доку-менты (инвойс, накладной, СГР))	Тауарлардың әкелінуіне тыйым салу себебі (Причина запрета ввоза товаров)	Тауарлардың әкелінуіне рұқсат беру күні (Дата разрешения ввоза това-ров)	Еуразиялық экономикалық одақ аумағына өту үшін негіздеме (құжат деректемелері) (Основание пропуска на терри-торию Евразийского экономи-ческого союза (реквизиты до-кумента))	Бақылаудағы тауарларды санитариялық-карантиндік бақылауды есепке алу журналына сәйкес тауардың реттік нөмірі (У-3) (Порядковый номер товара согласно журнала учета са-нитарно-карантинного контроля подкон-трольных товаров (У-3))
7	8	9	10	11	12

Приложение 309
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
309-қосымша

Приложение 309
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 309/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 309/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы
рұқсат беру құжатының қолданылуын тоқтата тұру туралы қаулы**

**Постановление о приостановлении действия разрешительного документа
в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения**

№ _____

20 ____ **жылғы (года)** « ____ » ____ **(город)** ____ **қаласы**

Бас мемлекеттік санитариялық дәрігер (орынбасары) Главный государственный санитарный врач
(заместитель) _____

(керегінің астын сызыңыз) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда)

(нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

ұсынылған материалдарды қарап (тексеру нәтижелері туралы акт), (рассмотрев представленные
материалы (акт о результатах проверки))

рұқсат құжаты тоқтатыла тұратын тапсырыс беруші (өтінім беруші) туралы
мәліметтер: шаруашылық жүргізуші субъектінің толық атауы (тиесілігі),
объектінің мекенжайы/орналасқан жері, телефоны, басшысының тегі, аты,
әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Сведения о заказчике (заявителе), чей
разрешительный документ приостанавливается: (полное наименование
хозяйствующего субъекта (принадлежность), адрес/месторасположение объекта,
телефон, Фамилия, имя, отчество (при его наличии) руководителя)

кызмет түрі (вид деятельности)

Объектінің немесе жобалау құжаттамасының толық атауы (Полное наименование
объекта или проектной документации)

Рұқсат құжатының күні, нөмірі (Дата, номер разрешительного документа)

Мынаны анықтадым (установил:)

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы
нормативтік құқықтық актілердің тармақтары талаптарының бұзылуын көрсетіңіз
(Указать нарушения требований пунктов, статей нормативных правовых актов в
сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан
Республикасы Кодексінің 19-бабы 3-тармақшасының негізінде (На основании
подпункта.3, ст.19 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе
здравоохранения»)

ҚАУЛЫ ЕТЕМІН:

ПОСТАНОВЛЯЮ:

Рұқсат құжатының қолданылуы тоқтатыла тұрсын

(Приостановить действие разрешительного документа)

20__ жылғы (года) «__» __ № _____

рұқсат құжатының күні мен нөмірі (Дата и номер разрешительного документа)

20__ жылғы (года) «__» __ дейін (до)

Рұқсат құжатының қолданылуын тоқтата тұру мерзімі

(Срок приостановления действия разрешительного документа)

20__ жылғы (года) «__» __

Рұқсаттар мен хабарламалардың мемлекеттік цифрлық тізіліміне рұқсат құжатының қолданылуын тоқтата тұру туралы мәліметтерді енгізу күні (Дата внесения сведений о приостановлении действия разрешительного документа в государственный цифровой реестр разрешений и уведомлений)

_____ мына іс-
шаралар орындалсын:

(Выполнить следующие мероприятия)

Осы қаулыны орындау туралы ақпарат (Информацию о выполнении
настоящего постановления представить в)

_____ (к) 20__ жылғы (года) «__»

_____ ұсынылсын.

Рұқсат құжатының иесі денсаулық сақтау саласындағы рұқсат құжатының тоқтатыла тұру мерзімі өткенге дейін бұзушылықтардың жойылғаны туралы өтінішті ұсынбаған жағдайда, рұқсат құжатын берген лауазымды адамдар көрсетілген мерзім өткен кезден бастап он жұмыс күні ішінде рұқсат құжатынан сот тәртібімен айыруға (кері қайтарып алуға) бастама жасайды.

(В случае непредставления заявления об устранении нарушений владельцем разрешительного документа до истечения срока приостановления разрешительного документа в области здравоохранения должностные лица, выдавшие разрешительный документ, в течение десяти рабочих дней с момента истечения указанного срока иницируют лишение (отзыв) разрешительного документа в судебном порядке).

Осы қаулыны орындау үшін жауапкершілік (Ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на)

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (должность, (фамилия, имя, отчество (при его наличии)))

Осы қаулыға шағымды, наразылықты қаулының көшірмесі берілген күннен бастап он күн ішінде, ал егер ҚР ӘҚБ туралы кодексінің 744-748-баптарында көрсетілген адамдар істі қарауға қатыспаған болса, жағдайда оны алған күннен бастап беруге болады . (Жалоба, протест на настоящее постановление могут быть поданы в течение десяти дней со дня вручения копии постановления, а в случае, если лица, указанные в статьях 744-748 КоАП РК, не участвовали в рассмотрении дела, - со дня ее получения.)

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қаулыға шағым сотқа, іс бойынша қаулы шығарған органға (лауазымды адамға) жіберіледі, олар шағым, наразылық түскен күннен бастап үш күндік мерзімде істің барлық материалдарымен бірге оны тиісті сотқа, жоғары тұрған органға (жоғарыда тұрған лауазымды адамға) жіберуге міндетті (Жалоба на постановление по делу об административном правонарушении направляется судье, в орган (должностному лицу), вынесший постановление по делу, которые обязаны в трехдневный срок со дня поступления жалобы, протеста направить их со всеми материалами дела в соответствующий суд, вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу)).

Шағым берілуі, ал наразылық тікелей оларды қарауға уәкілетті сотқа, жоғары тұрған органға (жоғары тұрған лауазымды адамға) енгізілуі мүмкін (Жалоба может быть подана, а протест внесен непосредственно в суд, вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу), уполномоченный их рассматривать).

Мөр орны (Басқарма басшысы/Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет ұйымы басшысының орынбасары/ Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет ұйымының басшысы (орынбасары))

Место печати (Руководитель управления/ Заместитель Руководителя государственной организации санитарно-эпидемиологической службы/ Руководитель государственной организации санитарно-эпидемиологической службы (заместитель))

(қажеттісінің астын сызу) (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы
(фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)

Қаулыны алдым (Постановление получил)

атқаратын лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), алған күні, қолы (занимаемая должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата получения, подпись)

Қаулы (Постановление составлено в) ____ данада толтырылды (экземплярах).

Приложение 310
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
310-қосымша

Приложение 310
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 310/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 310/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Тамақ өнімдерінің үлгісін тіркеу және зерттеу нәтижелерін беру журналы

**Журнал регистрации образца и выдачи результатов исследований пищевых
продуктов**

Басталуы (Начат) « ____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__»__20__ ж. (г.)

Тір- кеу нө- мірі (Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер)	Үл- гіні алу кү- ні (Да- та от- бо- ра об- раз- ца)	Үлгі- нің түс- кен күні (Да- та по- ступ- ле- ния об- раз- ца)	Хат- та- ма- ның тол- ты- ру күні (Да- та со- став- ле- ния про- то- ко- ла)	Үлгіні алу орны, ұйымның мекен- жайы және атауы (Место отбора об- разца, адрес и на- именование органи- зации)	Үл- гі- нің ата- уы (На- име- но- ва- ние об- раз- ца)	Көрсеткіштер- дің, оның ішінде сезім ағзалары арқы- лы сезіну көр- сеткіштерінің тізбесі (Перечень по- казателей, в т. ч. ощущения через органов чувств)	Фи- зи- ка- лык- ши- мия- лык көр- сет- кіш- тер (Фи- зи- ко- хи- ми- че- ские по- каза- те- ли)	Анық- тал- ған шо- ғыр- лану (Об- нару- жен- ная кон- цен- тра- ция)	Өнімге арнал- ған НҚ бойын- ша нор- масы (Норма по НД на про- дукт)	Анық- тау әдісіне арнал- ған НҚ (НД на ме- тод опре- деле- ния)	Зерт- теу жүргіз- ген адам- ның Т. А.Ә. (ол болған жағ- дай- да), ко- лы (Ф.И. О.(при его на- значе- нии), под- пись лица прово- дивше- го ис- следо- вание)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Приложение 311
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
311-қосымша

Приложение 311
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 311/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 311/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Автоклавтарды және дезинфекциялық камераларды микробиологиялық
зерттеу хаттамасы**

Протокол микробиологических исследований автоклавов и дезкамер

№ _____ «_____» _____ 20 _____ ж.(г.)

1. Шарт бойынша түскен үлгі(лер) (образца (ов), поступивших по договору)
№ _____

2. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

4. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца)

5. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)

6. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)

7. Сынақ жүргізу шарттары: температура, ылғалдылық (Условия проведения
испытаний): (температура, влажность)

8. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)

9. Үлгі алу әдісіне арналған НҚ (НД на метод отбора) _____

10. Сынама алған адам (кем взята проба)

11. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки):

12. Сақтау шарттары (Условия хранения):

**Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)**

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Үлгінің атауы. Үлгіні алу орны Наименование образца. Место отбора образца	Нәтижесі Результат

1	2	3
---	---	---

Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование
образца 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)

Приложение 312
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
312-қосымша

Приложение 312
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 312/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 312/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Көмір үлгілерін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования образцов угля

№ _____ «__» _____ 20 _____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгінің атауы (Наименование образца)

3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

4. Зерттеу әдісі (Метод исследования)

5. Көлемі (Объем)

6. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором) _____
№ _____

7. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке) № _____ (от) « ____ »
_____ 20 ____ ж.(г.)

8. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

9. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

10. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

№	Үлгі атауы/ (Наименование об- разца)	Күлділік, % (Золь- ность, %)	Ылғал- дылық/ (Влага, %)	Ұшпа заттардың шы- ғуы / (Выход летучих ве- ществ, %)	Жанудың жоғары жы- лылығы / (Высшая теплота сгора- ния)		Жанудың төменгі жы- лылығы / (Низшая теплота сгора- ния)	
					Дж/г	Ккал/кг	Дж/г	Ккал/кг
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-
сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП
(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты
исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная
перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Приложение 313
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
313-қосымша

Приложение 313
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 313/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 313/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Көмір үлгілерін зерттеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации исследований образцов угля

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

						Зерттелетін көрсеткіштер	
--	--	--	--	--	--	--------------------------	--

Сы- на- ма № (№ про- бы)	Ке- ліп түс- кен күні (Да- та по- ступ- ле- ния)	Сынақ жүргізі- лген күн (Дата проведе- ния ис- пыта- ния)	Объекті- нің ата- уы, ме- кенжайы (Наиме- нование и адрес объекта)	Үлгі атауы (На- имено- вание образ- ца)	Үл- гі- нің сал- ма- ғы, кг (Вес об- раз- ца, кг)	Исследуемые показатели							Зерттеу жүргіз- ген адам ның қо- лы, Т.А. Ә. (ол болған жағдай- да) Ф.И.О (при его на- личии), под- пись ли- ца про- водив- шего ис- следова- ние
						Күлді- лігі, % (Золь- ность), %	Ылғал- дылы- ғы влага, %	Ұшпа заттар- дың шығуы (Вы- ход ле- тучих ве- ществ), %	Жанудың жо- ғары жылылы- ғы (Высшая теп- лота сгорания)		Жану- дың тө- менгі жылы- лығы (Низ- шая тепло- та сго- рания)		
									Дж /г	Ккал /кг	Дж /г	Ккал /кг	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	15

Приложение 314
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
314-қосымша

Приложение 314
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 314/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 314/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

**Темекінің, темекі бұйымдарының, электрондық және басқа да тұтыну жүйелерінің үлгілерін алу актісі Акт отбора образцов табака, табачных изделий, электронных и других систем потребления (от) _____
20 ____ жыл (год)**

1. Объектінің атауы (Наименование объекта)

2. Тексеру белгіленгені туралы актінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки)

3. Сынама алынған орын, мекенжай (Место отбора образца, адрес)

4. Үлгіні алу мақсаты (Цель отбора образца)

5. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)

6. Жарамдылық мерзімі (Срок годности)

7. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)

8. Үлгі алу әдісіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод отбора)

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

10. Сақтау шарттары (Условия хранения)

11. Қаптама түрі, мөр (пломба) нөмірі (Вид упаковки номер печати (пломбы))

12. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

Тіркеу нөмірі (Регистраци- онный номер)	Алынған үлгілер тізбесі (Перечень ото- бранных образ- цов)	Өндірушісі, сериясы (партия нөмірі) көрсетілген өнім үлгілерінің саны (Количество отобранных образцов продукции с указа- нием производителя, серия (номера партии))	Үлгінің салмағы, көлемі (Вес, объ- ем образца)	Өндіріс күні, жа- рамдылық мерзімі (Дата производ- ства, срок годно- сти)
1	2	3	4	5

Сынама алу барысына қатысқан объекті өкілінің тегі, аты, әкесінің аты
(Должность, фамилия, имя, отчество представителя объекта, в присутствии
которого произведен отбор)

Қолы (Подпись) _____

Үлгілерді алған адамның лауазымы, Т.А.Ә. (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 толтыруды қажет етпейді. Не
требует заполнения если документ заполняется в электронном виде.

Приложение 315
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
315-қосымша

Приложение 315
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 315/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 315/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Темекі, темекі бұйымдарының, электрондық және басқа да тұтыну
жүйелерінің үлгілерін зерттеу хаттамасы**
**Протокол исследования образцов табака, табачных изделий,
электронных и других систем потребления**

№ _____ «____» _____ 20 ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____

3. Үлгінің атауы (Наименование образца)

4. Мөлшері (Количество)

5. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)

6. Көлемі (Объем)

7. Партия нөмірі (Номер партии)

8. Шығарылған күні (Дата выработки)

9. Жарамдылық мерзімі (Срок годности)

10. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____

11. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)

12. Үлгі алу әдісіне нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД)
на метод отбора) _____

13. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

14. Сақтау шарттары (Условия хранения)

15. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)

16. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования)

17. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность))

18. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Ингредиенттер көрсеткіштерінің атауы және басқалары (Наименование показателей ингредиентов и других)	Анықталған шоғырландыру (Обнаруженная концентрация)	Нормативтік көрсеткіштер (Нормативные показатели)	Зерттеу әдістеріне арналған НҚ (НД на методы исследования)
1	2	3	4

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП)
(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Приложение 316
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
316-қосымша

Приложение 316
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 316/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 316/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Темекі, темекі бұйымдарының, электрондық және басқа да тұтыну
жүйелерінің үлгілерін зерттеуді тіркеу журналы**

**Журнал регистрации исследований образцов табака, табачных изделий,
электронных и других систем потребления**

Басталуы (Начат) «__»_____20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__»_____20__ ж. (г.)

Тір- кеу нө- мірі (Ре- ги- стра- ци- он- ный но- мер)	Сы- на- ма алу кү- ні (Да- та от- бо- ра про- бы)	Сына- ма- ның түс- кен күні (Дата по- ступ- ле- ния про- бы)	Хатта- ма тол- тырыл- ған күн (Дата состав- ления прото- кола)	Сынама алын- ған орын, ұйым- ның мекенжайы және атауы (Ме- сто отбора, ад- рес и наимено- вание организа- ции)	Үл- гі- нің ата- уы (На- име- но- ва- ние об- раз- ца)	Зерт- те- летін көр- сеткі- ші, оның ішін- де таңба- лау (Ис- следу- емые пока- зате- ли в том числе мар- ки- ровка)	Фи- зи- ка- лық хи- мия- лық көр- сет- кіш- тер (Фи- зи- ко- хи- ми- че- ские по- каза- те- ли)	Анық- талған шоғыр- ланды- ру/ Об- нару- жен- ная кон- центра- ция (Обна- ружен- ная кон- центра- ция)	Өнім- нің НҚ бой- ынша норма- сы (Нор- ма по НД на про- дукт)	Анық- тау әдісіне арнал- ған НҚ (НД на ме- тод опре- деле- ния)	Зерттеу жүргіз- ген адамның Т. А.Ә. (ол болған жағдайда), (Ф.И. О (при его нали- чии), лица про- водившего ис- следование)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Приложение 317
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
317-қосымша

Приложение 317
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» ____ №____ бұйрығымен бекітілген № 317/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 317/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года №____

Оқушы жиһазының функционалдық өлшемдерін өлшеу хаттамасы

Протокол измерения функциональных размеров ученической мебели

№ _____ от «__» _____ 20____ ж. (г.)

1. Өлшеу жүргізілетін объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес где производятся измерения) _____
2. Өлшеу жүргізу үшін негіз (Основание для проведения измерений)
3. Қатысуымен өлшеулер жүргізілген объект өкілінің ТАӘ (ол болған жағдайда), лауазымы (ФИО (при его наличии), должность представителя объекта, в присутствии которого производились измерения)
4. Бұйымның атауы (Наименование изделия)
5. Өндіруші ел (фирма) (жеткізуші) Страна(фирма) - изготовитель (поставщик) _____
6. Бұйымдар жасалған материалға нормативтік құжат (Нормативный документ на материалы, из которого выполнено изделие)
7. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) аяқталуы (окончания) _____
8. Үлгінің сипаты (Описание образца)
9. Партия нөмірі (Номер партий)
10. Шығарылған күні (Дата выработки)
11. Жарамдылық мерзімі (Срок годности)

Оқу жиһазының өлшемдері және оқушылардың бойына сәйкестігі
(Размеры учебной мебели и соответствие росту обучающихся)

Оқушының Т. А.Ә. (ол болған жағдай- да), бойы	Көрсеткіштің анықталған мәні Обнаруженное значение показателя		Көрсеткіштің рұқсат етілген мәні Допустимое значение показателя		Зерттеу әдісте- ріне ар- налған НҚ
	Үстелдің оқушыға қара- ған жиегі қақпағының еденнен биіктігі	Отырғыштың ал- дыңғы жиегінің еденнен биіктігі Высота над	Үстелдің оқушыға қара- ған жиегі қақпағының еденнен биіктігі	Отырғыштың ал- дыңғы жиегінің еденнен биіктігі Высота над	

Ф.И.О., (при его наличии) рост учащихся	Высота над полом крышки края стола, обращенного к обучающему	полом переднего края сидения	Высота над полом крышки края стола, обращенного к обучающему	полом переднего края сидения	НД на методы исследований
--	--	---------------------------------	--	---------------------------------	---------------------------------

Зерттеулер НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді

(Исследование проводились на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Приложение 318
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
318-қосымша

Приложение 318
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 318/е ны- санды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 318/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____ года №__

Оқушы жиһазының функционалдық өлшемдерін өлшеуді тіркеу журналы

**Журнал регистрации измерения функциональных размеров ученической
мебели**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тір- кеу нө- мірі	Сы- на- ма алу күні	Хат- тама тол- тыры- лған күн	Зерттеу жүргізген орын, ұйымның мекенжайы және атауы	Сы- на- ма- ның ата- уы	Оқушы- ның Т. А.Ә. (ол болған жағдай- да), бойы Ф.И.О. (при его наличии), рост учащих- ся	Көр- сет- кіш- тер По- ка- за- тели	Көрсеткіштің анықталған мәні Обнару- женное значе- ние показателя	Көр- сет- кіштің рұқсат етіл- ген мәні Допу- сти- мое значе- ние пока- зателя	Зерт- теу әдісіне арнал- ған НҚ НД на метод иссле- дова- ния	Зерттеу жүр- гізген адам- ның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ко- лы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись ли- ца, проводив- шего исследо- вание)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Приложение 319
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
319-қосымша

Приложение 319
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 319/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 319/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20____ года №____

Өсімдіктердің радиоактивтілігін зерттеу хаттамасы

Протокол исследования радиоактивности растительности

№ _____ «__» _____ 20____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
3. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____
4. Үлгінің келіп түскен уақыты (Дата поступления образца) _____
5. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____
6. Көлемі (Объем) _____
7. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором)
_____ № _____
8. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке)
№ _____ (от) «__» _____ 20__ ж.(г.)
9. Үлгіні зерттеу мынадай НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)

10. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____
11. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____
12. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____

**Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)**

№	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Сынақ әдісіне арналған НҚ (НД на метод испытаний)	Алу нүктесі (Точка отбора)	Меншікті тиімді белсенділік, Бк/кг (Удельная эффективная активность, Бк/кг)				
				Cs-137	Ra-226	Th-232	K-40	Sr-90
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф. И.О. (при его наличии), должность специалиста проводившего исследование, ЭЦП) _____

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-
сы. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП

(QR-кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек 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)

Приложение 320
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
320-қосымша

Приложение 320
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 320/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 320/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Су үлгілерін (гемодиализге және ілеспе терапияға арналған) зерттеу нәтижесі

Результат исследования образцов воды (для гемодиализа и сопутствующей терапии)

№ ____ от «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____
3. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____
4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
6. Көлемі (Объем) _____
7. Партия нөмірі (Номер партий) _____
8. Шығарылған күні (Дата выработки) _____
9. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
10. Үлгі алу әдісіне арналған НҚ (НД на метод отбора)

11. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____
12. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____
13. Су үлгілерін консервациялау әдістері (Методы консервации образца
воды) _____

Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	Анықталған шоғырландыру Обнаруженная концентрация	Нормативтік көрсеткіштер Нормативные показатели	Зерттеу әдістеріне арналған НҚ НД на методы испытаний
1	2	3	4

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /

(Исследование проб 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 сыналудағы 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)

Приложение 321
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 321/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 321/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №__

**Су үлгілерін (гемодиализге және ілеспе терапияға арналған)
зерттеу нәтижелерін есепке алу журналы**

**Журнал учета результатов исследования образцов воды
(для гемодиализа и сопутствующей терапии)**

Басталуы (Начат) « ____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) « ____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нө- мірі (Регистра- ционный номер)	Сынама- ның түс- кен күні (Дата по- ступле- ния про- бы)	Үлгіні алу орны (Место отбора образца)	Ме- кен- жай (Ад- рес)	Көрсеткіш- тер атауы (Наимено- вание пока- зателей)	Анықтал- ған шо- ғырлану (Выявлен- ная кон- центрация)	РЕ- ШШ нор- масы (Нор- ма ПДК)	Зерттеу әдісіне ар- налған НК (НД на ме- тод иссле- дования)	Зерттеу жүргізген адамның Т. А.Ә. (ол болған жағдайда), ко- лы (Ф.И.О. (при его наличии), подпись лица, проводившего исследование)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Приложение 322
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
322-қосымша

Приложение 322
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 322/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 322/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Дистиллденген суды зерттеу хаттамасы
Протокол исследования дистиллированной воды

№ _____ от « ____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгі алу орыны (Место отбора образца)

3. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)

4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)

5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)

6. Көлемі (Объем)

7. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)

8. Үлгі алу әдісіне арналған НҚ (НД на метод отбора)

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

10. Сақтау шарттары (Условия хранения)

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

Зерттеу нәтижелері (результаты исследования)

Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	Анықталған концентрация Обнаружен- ная концен- трация	Норматив- тік көрсет- кіштер Норматив- ные показа- тели	Қолданыстағы нормативтік құқық- тық актілердің (бұдан әрі –НҚА) атауы Наименование действующих норма- тивных правовых актов (далее - НПА)
Буланудан кейінгі қалдықтың массалық шоғырлануы (Массовая концентрация остатка после выпаривания), мг /дмЗ			
Аммиак пен аммоний тұздарының массалық шоғырлануы (Массовая концентрация аммиака и аммонийных солей),			

(NH ₄) мг/дм ³			
Нитраттардың массалық шоғырлануы (Массовая концентрация нитратов), (NO ₃), мг/дм ³			
Сульфаттардың массалық шоғырлануы (Массовая концентрация сульфатов) (SO ₄), мг/дм ³			
Хлоридтердің массалық шоғырлануы (Массовая концентрация хлоридов) (Cl), мг/дм ³			
Алюминийдің массалық шоғырлануы (Массовая концентрация алюминия) (Al), мг/дм ³			
Темірдің массалық шоғырлануы (Массовая концентрация железа) (Fe), мг/дм ³			
Кальцийдің массалық шоғырлануы (Массовая концентрация кальция) (Ca), мг/дм ³			
Мыстың массалық шоғырлануы (Массовая концентрация меди) (Cu), мг/дм ³			
Қорғасынның массалық шоғырлануы (Массовая концентрация свинца) (Pb), мг/дм ³			
Мырыштың массалық шоғырлануы (Массовая концентрация цинка) (Zn), мг/дм ³			
КМnO ₄ қалпына келтіретін заттардың массалық шоғырлануы (Массовая концентрация веществ, восстанавливающих КМnO ₄) (O), мг/дм ³			
pH			
20 °C меншікті электр өткізгіштігі (Удельная электрическая проводимость при 20 °C), См/м,			
Арнайы көрсеткіштер (Специфические показатели)			

Зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді

(Исследование проводились на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста, проводившего исследование, ЭЦП).	_____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ-сы. (Ф.И.О. (при его наличии), ЭЦП заведующего лабораторией)	_____

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR кода недействительный).

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады
(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басуға Тыйым салынған(Частичная
перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Приложение 323
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
323-қосымша

Приложение 323
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 323/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 323/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Жүзу бассейндерінің суын зерттеу хаттамасы
Протокол исследования воды плавательных бассейнов

№ _____ от « ____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)

2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца)

3. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)

4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)

5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)

6. Көлемі (Объем)

7. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)

8. Үлгі алу әдісіне арналған НҚ (НД на метод отбора)

9. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки)

10. Сақтау шарттары (Условия хранения)

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

Зерттеу нәтижелері (результаты исследования)

Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	Анықталған шо- ғырландыру Обнаруженная концентрация	Нормативтік көрсеткіштер Нормативные показатели	Қолданыстағы нормативтік құқықтық акті- лердің (бұдан әрі – НҚА) атауы Наименование действующих нормативных правовых актов (далее - НПА)
Лайлылығы(мутность) мг/л			
Түстілігі (цветность) градустар (градусы)			
Иісі (запах), балл			
pH			
Қалдық бос хлор (Остаточный свободный хлор) мг/л			

Қалдық байланысқан хлор (Остаточный связанный хлор) мг/л			
- Азот аммоний (азот бойынша) (по азоту, мг/л			
Озон (озондау кезінде) (при озонировании),мг/л			
Перманганатты тотығушылық (Перманганатная Окисляемость),мг/л			
Хлороформ,мг/л			
Формальдегид (озондау кезінде) (при озонировании), мг/л			
Жалпы кермектілік (Жесткость общая), мг-экв/л			
Сульфаттар (сульфаты), мг/л			
Хлоридтер (хлориды), мг/л			
Жалпы темір (Железо общее), мг/л			
Мөлдірлігі (Прозрачность)			
Нитраттар (нитраты), мг/л			
Арнайы көрсеткіштер (Специфические показатели)			

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование проводились на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А. Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ. (Ф.И.О. (при его наличии), должность специалиста, проводившего исследование, ЭЦП).	
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ. (Ф.И.О. (при его наличии), ЭЦП заведующего лабораторией)	

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR кода недействительный).

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады
(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басуға Тыйым салынған(Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Приложение 324
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
324-қосымша

Приложение 324
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 324/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 324/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Үлгілерді экспресс-әдіспен зерттеу хаттамасы

Протокол исследования образцов экспресс-методом

№ _____

«_____» _____ 20____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____
3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
4. Мөлшері (Количество) _____
5. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____
6. Көлемі (Объем) _____
7. Партия нөмірі (Номер партий) _____
8. Шығарылған күні (Дата выработки) _____
9. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
10. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
11. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
12. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
13. Үлгі алу әдісіне арналған НҚ (НД на метод отбора) _____
14. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____
15. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____
16. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі Регистраци- онный номер	Көрсеткіш- тер тобы Группа пока- зателей	Анықтау үшін қолданылған әдіс (Метод использованный для определения)	Анықтал- ған шоғырлан- дыру (Обнару- женная Концен- трация)	Норма- тивтік көрсет- кіштер (Норма- тивные Показа- тели)	Зерттеу әдістеріне ар- налған НҚ (НД на методы иссле- дования)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ.
(Ф.И.О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего
исследование)

Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған
жағдайда), ЭЦҚ. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при
наличии) ЭЦП

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуда жататын үлгілерге қолданылады
(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған
(Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Приложение 325
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
325-қосымша

Приложение 325
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 325/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 325/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

**Ауыл шаруашылығы өнімдерінің, тамақ өнімдерінің, судың, топырақтың,
ауа ортасының үлгілерін пестицидтердің қалдық мөлшерін анықтауға
зерттеу хаттамасы**

**Протокол исследования образцов сельскохозяйственной продукции,
продуктов питания, воды, почвы, воздушной среды на определение
остаточных количеств пестицидов**

№ _____ от « ____ » _____ 20__ ж. (г.)

1. Объекті атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгіні алу орны (Место отбора образца) _____
3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
4. Мөлшері (Количество) _____
5. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____
6. Көлемі (Объем) _____
7. Партия номері (Номер партии) _____
8. Шығарылған күні (Дата выработки) _____
9. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
10. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
11. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
12. Үлгі алу әдісіне арналған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____
13. Тасымалдау шарттары (Условия транспортировки) _____
14. Сақтау шарттары (Условия хранения) _____
15. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____
16. Зерттеудің аяқталу күні (Дата окончания исследования) _____
17. Сынақ жүргізу шарттары (температура, ылғалдылық) (Условия проведения испытаний (температура, влажность)) _____

**Зерттеу нәтижелері
(Результаты исследования)**

Ингредиенттер көрсеткіштерінің атауы және басқалар	Анықталған шоғырланды- ру	Нормативтік көрсеткі- штер	Зерттеу әдістеріне ар- налған НҚ
---	------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

(Наименование показателей ингредиентов и других)	(Обнаруженная концентрация)	(Нормативные показатели)	(НД на методы исследования)
1	2	3	4

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, ЭЦҚ. (Ф.И. О. (при его наличии), должность и ЭЦП специалиста проводившего исследование) _____ Зертхана меңгерушісінің (бар болған жағдайда) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), ЭЦҚ. (Ф.И.О. (при его наличии) заведующего лабораторией (при наличии) ЭЦП _____

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Сынау нәтижелері тек сыналуға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Хаттаманы рұқсатсыз ішінара қайта басып шығаруға тыйым салынған (Частичная перепечатка протокола без разрешения запрещена)

Приложение 326
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
326-қосымша

Приложение 326
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20____жылғы «__» _____ № ____бұйрығымен бекітілген № 326/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламатты- лығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйы- мының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благополу- чия населения	Медицинская документация Форма № 326/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Ка- захстан от «__» _____ 20____года № _____

**Топырақ үлгілерін және зерттеу (жоғары дәлдіктегі жабдықта) нәтижелерін
тіркеу журналы**

**Журнал регистрации образцов и результатов исследования почвы
(на высокоточном оборудовании)**

Басталуы (Начат) «___»_____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «___»_____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрацион- ный номер)	Сынама түс- кен күн (Дата поступления)	Үлгіні алу ор- ны (Место отбора образ- ца)	Ме- кен- жай (Ад- рес)	Көрсет- кіштер атауы (Наимено- вание по- казате- лей)	Анықтал- ған шо- ғырлану (Выяв- ленная концен- трация)	РЕ- ШШ нор- ма- сы (Нор- ма ПДК)	Зерттеу әдісіне НҚ (НД на метод исследо- вания)	Зерттеу жүргізген адам- ның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его нали- чии), подпись лица,прово- дившего исследование)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Приложение 327
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
327-қосымша

Приложение 327
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 327/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 327/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Зертханаішілік бақылау журналы

Журнал внутрилабораторного контроля

Басталуы (Начат) «__» 20__ г.

Аяқталуы (Окончен) «__» 20__ г.



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 04.09.2026
Сақтау күні 15.09.2026
Дата редакции 04.09.2026
Дата скачивания 15.09.2026

р/с № № п /п	Күні (Да- та)	Бөлімшенің атауы/ анықталатын көрсеткіш (Наименование подразделения/ определяемый показате- ль)	Сапаны бағалау әдісі (Метод оценки каче- ства)	Бақылау нәтижесі (Результат контро- ля)	Қолы (Под- пись)
1	2	3	4	5	6

Приложение 328
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
328-қосымша

Приложение 328
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 328/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 328/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Серологиялық зерттеулерді (ішек инфекциялары тобы) тіркеу журналы

Журнал регистрации серологических исследований (кишечная группа инфекций)

Басталуы (Начат) «__» _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні, айы, жылы (Дата, месяц, год)	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)	Жасы (Возраст)	Үлгіні жіберген ұйым (Организация направившая образец)	Диагнозы, ауырған күні (Диагноз, дата заболевания)	Зерттеу жиілігі (Кратность исследования)	Зерттеу мақсаты, алғашқы немесе қайта тексеру (Цель исследования, первичное или повторное обследование)
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

О-антигенімен реакциясы (Реакция с О-антигенами)						Бақылау (Контроль)		Сальмонеллез жиынтығы (Комплекс сальмонеллезный)	ПГАР (РПГА)				Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)	Зерттеу аяқталған күн, зертханашы-дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись врача-лаборанта)
2,12	4,12	6,7	6,8	9,12	3,10	Сарысу (Сыворотки)	Диагностикасы (Диагностikum)		Vi	Флексер	Зонне	Нью-Кестел		
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

Приложение 329
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
329-қосымша

Приложение 329
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 329/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 329/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Көкжөтел мен көкжөтелге ұқсас аурулардың серологиялық
зерттеулерін тіркеу журналы
Журнал регистрации серологических исследований
на коклюш и паракоклюш**

Басталуы (Начат) « ____ » _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Күні, айы, жылы (Дата, месяц, год)	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)	Жасы (Возраст)	Үлгіні жіберген ұйым (Организация направившая образец)	Диагнозы, ауырған күні (Диагноз, дата заболевания)	Тексеріп қарау жиілігі (Кратность исследования)	Зерттеу мақсаты, алғашқы немесе қайта тексеру (Цель исследования, первичное или повторное обследование)
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)									Бақылау (Контроль)		Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)	Зерттеу аяқталған күн, зертханашы-дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись врача-лаборанта)
1: 20	1: 40	1: 80	1: 160	1: 320	1: 640	1: 1280	1: 2560	1: 5120	Са- ры- су (Сы- во- рот- ки)	Ди- а- гно- сти- кум		
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Приложение 330
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
330-қосымша

Приложение 330
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 330/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 330/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Скарлатинаға микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
Журнал регистрации микробиологических исследований на скарлатину

Басталды (Начат) «_____» _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) «_____» _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ) (Используемая нормативная документация (далее – НД)):

1.

2.

Зерттеу жүргізілген күн (Дата проведения исследования)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) обследуемого)	Жасы (Возраст)	Жұмыс орны, мекенжайы (Место работы, домашний адрес)	Үлгіні жіберген ұйым (Организация направившая образец)	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Тығыз қоректік орталарда өсу (Рост на плотных питательных средах)	Гемоллиз	Сұйық қоректік орталарда өсу (Рост на жидких питательных средах)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Микро-скопия	Сәйкестендіру тесттері (Тесты идентификации)								Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)	Зерттеу аяқталған күн, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись проводившего исследование)
	Ката-ла-за	Бацит-рацин-мен тест Тест с бацитра-цином	Ину-лин	Сор-бит	Гли-це-рин	Глю-коза	Лак-тоза	Са-ха-ро-за		
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Приложение 331
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
331-қосымша

Приложение 331
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 331/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 331/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

Секвенирлеу әдісімен генетикалық сипаттамаға арналған үлгілерді тіркеу журналы

Журнал регистрации образцов на генетическую характеристику методом секвенирования

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

р /с № № п /п	Тіркеу нөмірі (Регис- траци- онный номер)	Үл- гіні алу (От- бор об- раз- ца)	Үлгінің тү- суі (Поступ- ления об- разца)	Үлгіні жі- берген ұйым (Организа- ция, напра- вившая об- разец)	Зерт- теу мақ- саты (Цель иссле- дова- ния)	Зерт- теле- тін үл- гі (Ис- сле- ду- емый обра- зец)	Жеткізген маманның Т.А. Ә. (ол болған жағдайда) лауазымы, қолы (Ф.И.О. (при его нали- чии) должност и подпись специалиста доставивше- го)	Қабылдаған маманның Т.А.Ә. (ол болған жағ- дайда) лауазымы, қолы (Ф.И.О. (при его нали- чии) должности подпись принявшего специали- ста)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Приложение 332
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
332-қосымша

Приложение 332
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 332/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 332/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Вирустық инфекциялардың генетикалық сипаттамасы үшін зертханаға
жіберу сауалнамасы**
**Анкета направления в лабораторию для генетической характеристики
вирусных инфекций**

(Организация, проводимая отбор и дата отбора)			
Жағдайдың жіктелісі (Классификация случая):	Науқас (Больной) (Ауырып сауыққан (қайта) (Переболевший (повторно) _____ Вакцинацияланған (Вакцинированный) _____	Бірінші ауырған күні (дата первого за- болевания) _____	

1-бөлім (Раздел 1) : Науқас туралы ақпарат (Информация о пациенте)

Туған күні (Дата рождения): []/[]/[]

Жынысы (Пол): ☐ еркек(мужской) ☐ әйел(женский)

Тұрғылықты мекенжайы (Адрес проживания): _____

Жұмыс/оқу орны (Место работы/учебы): _____

2-бөлім (Раздел 2): Клиникалық ақпарат (Клиническая информация)

Пациенттегі клиникалық ағым (Клиническое течение у пациента)

Ауырған күні

[]/[]/[]

(Дата заболевания):

Бірінші компонентті вакцинациялау күні (Дата вакцинации первого компонента): []/[]/[]

Екінші компонентті вакцинациялау күні (Дата вакцинации второго компонента): []/[]/[]

3-бөлім (Раздел 3): Симптомдар пайда болғанға дейін 14 күн ішіндегі байланыстар және саяхат туралы ақпарат (есеп бергенге дейін, егер ағым симптомсыз болса) (Контакты и информация о путешествиях в течение 14 дней до появления симптомов (до отчетности, если бессимптомное течение))

Пациент симптомдар пайда болғанға дейін 14 күн ішінде саяхатта болды ма? Путешествовал ли пациент в течение 14 дней до появления симптомов?

☐ Жоқ (Нет) ☐ Иә (Да) ☐ Белгісіз (Неизвестно)

Егер иә болса, саяхат орындарын көрсетіңіз (Если да, укажите места путешествий):

Ел/Қала/Облыс(Страна/Город/Область)

Пациентте сиптомдар басталғанға дейін 14 күн ішінде ықтимал немесе расталған жағдаймен байланыс болды ма? (Был ли у пациента контакт с вероятным или подтвержденным случаем в течение 14 дней до начала симптомов?)

☐ Жоқ (Нет) ☐ Иә (Да) ☐ Белгісіз (Неизвестно)

Егер иә болса, байланыстың мән-жайлары (барлық қолданылатынды белгілеңіз)(Если да, обстоятельства контакта (отметьте все применимое):

- ☐ мед. ұйымда (в мед. Организации) ☐ отбасында (в семье)
☐ жұмыс орнында (на рабочем месте) ☐ белгісіз (неизвестно)
☐ басқасы, көрсетіңіз (иное, укажите): _____

4-бөлім (Раздел 4): Зертханалық зерттеулер туралы ақпарат (зертхана қызметкерлері толтырады) (Информация о лабораторных исследованиях (заполняется сотрудниками лаборатории))

Зерттеу жүргізу күні (Дата проведения исследования):

Зерттеу жүргізген ұйым (Организация, проводившая исследования):

Диагностика үшін қолданылған коммерциялық тест жүйесі (Для диагностики была использована коммерческая тест-система)

Өндіруші (Производитель):

Тұтану циклі (Ct) (барлық арналарды көрсету) (Цикл возгорания (Ct) (указать все каналы):

Үлгі типі (Тип образца):

Үлгіні сақтау жағдайлары (Условия хранения образца):

Үлгілерді «мұздату – еріту» циклдарының саны (Количество циклов «заморозка-разморозка» образца):

Приложение 333
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 333/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 333/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Вирустық үлгілердің генетикалық сипаттамасын тіркеу және нәтижелерін
беру журналы**

**Журнал регистрации и выдачи результатов генетической характеристики
вирусных образцов**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

р /с № № п /п	Тіркеу нөмірі (Регистрат- онный номер)	Үлгі алын- ған күн (Дата отбора образ- ца)	Үлгі түс- кен күн (Дата по- ступле- ния об- разца)	Үлгіні жолда- ған ұйым (Организа- ция, напра- вившая обра- зец)	Жіберген ұйымның зертханалық нө- мірі (Лабораторный номер направив- шей организации)	Жа- сы (Воз- раст)	Жы- ны- сы (Пол)	Се- кве- нир- леу әді- сі (Ме- тод се- кве- ни- ро- ва- ния)	Ба- ста- лу кү- ні (Да- та на- ча- ла)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Аяқталу күні (Дата окон- чания)	Нәтиже (Резуль- тат)	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) лауазымы, ко- лы (Ф.И.О. (при его наличии) должности, подпись специалиста, проводивше- го исследования)	ПТР қайта тестілеу нәти- жесі (Результат ретестирова- ния ПЦР)
11	12	13	14

Приложение 334
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 334/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 334/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

**Бактериялық үлгілердің генетикалық сипаттамасын тіркеу және
нәтижелерін беру журналы**
**Журнал регистрации и выдачи результатов генетической характеристики
бактериальных образцов**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

р /с № № п /п	Тіркеу нө- мірі (Регистра- ционный номер)	Үлгі алын- ған күн (Дата отбора образца)	Үлгі түс- кен күн (Дата по- ступления образца)	Үлгіні жолда- ған ұйым (Организация, направившая образец)	Жіберген ұйымның зертханалық нөмірі (Лабораторный но- мер направившей ор- ганизации)	Жа- сы (Воз- раст)	Жы- ны- сы (Пол)	Секвенирлеу әдісі (Метод секвенирова- ния)	Ба- ста- лу кү- ні (Да- та на- ча- ла)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Бактериялық зерттеу нәтижесі (Результаты бактериальных исследований)				
Колония титрі (Титр колонии)	Грамм бойынша бояу (Окраска по грамму)	Оксидаза тесті (Оксидаза тест)	Антибиотиктерге сезімталдылығы (Чувствительность к антибиотикам)	Типтеу нәтижесі (Результат типирования)
11	12	13	14	15

Приложение 335
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
335-қосымша

Приложение 335
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 335/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 335/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Дезинфекциялық препараттардың шығысын есепке алу журналы
Журнал учета расхода дезинфицирующих препаратов

р /с № п /п	Препараттың атауы (Наименование препарата)	Түскен күні (Дата поступления)	Қайдан түсті (Откуда поступило)	Алынған саны (Полученное количество)	Жарамдылық мерзімі (Срок годности)	Берілген саны (Выданное количество)	Кімге берілді (Кому выдано)	Жүк құжатының №, күні (№ накладной, дата)	Қалдық (Остаток)
-------------	---	-----------------------------------	------------------------------------	---	---------------------------------------	--	--------------------------------	--	---------------------



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 04.09.2026
Сактау күні 15.09.2026
Дата редакции 04.09.2026
Дата скачивания 15.09.2026

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Приложение 336
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
336-қосымша

Приложение 336
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы «__» _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 336/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 336/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 ____ года № _____

Дезинфекциялық препараттарды пайдалануды есепке алу журналы
Журнал учета использования дезинфицирующих препаратов

№	Препараттың атауы (Наименование препарата)	Шығын нормасы	Препараттың көлемі	Ерітіндінің дайындалған күні	Өңдеу орны (Место обработки)	Өңдеу алаңы (Площадь обработки)	Өңдеуді кім жүргізді	Өңдеуді жүргізген адамның қолы	Басшының қолы (Подпись руководителя)
---	---	---------------	--------------------	------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	----------------------	--------------------------------	---



Қазақстан Республикасының электронды нысандағы нормативтік құқықтық
актілердің эталонды бақылау банкі
Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов
Республики Казахстан в электронном виде

Редакциялау күні 04.09.2026
Сактау күні 15.09.2026
Дата редакции 04.09.2026
Дата скачивания 15.09.2026

		(Нор- ма расхо- да)	(Объем препара- та)	(Дата приго- товления рас- твора)			(Кем прове- дена обра- ботка)	(Подпись прово- дившего обра- ботку)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Приложение 337
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
337-қосымша

Приложение 337
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 337/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 337/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Дыбыс оқшаулауын өлшеу бойынша сараптамалық қорытынды
Экспертное заключение по измерению звукоизоляции

№

« ____ » _____ 20 ____ жыл (год)

1. Өтініш беруші (Заявитель):

2. Мекенжайы (Адрес):

3. Объект атауы (Наименование объекта):

4. Негізі (Основание):

5. Өлшеу мақсаты (Цель измерений):

6. Өлшеу құралының атауы, тексеру күні (Средства измерений наименование, дата поверки):

7. Нормативтік-техникалық құжаттама (Нормативно-техническая документация):

8. Сынақ зертханасының/орталығының атауы, аккредиттеу аттестаты аккредиттеу субъектілерінің тізілімінде тіркелген (Наименование испытательной лаборатории/центра, аттестат аккредитации зарегистрирован в реестре субъектов аккредитации):

9. Дыбыс оқшаулауын өлшеу хаттамасы (Протокол измерения звукоизоляции):

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения):

Өлшеу кезінде ауа температурасы, ылғалдылық, ауа қозғалысының жылдамдығы, атмосфералық қысымға өлшеулер жүргізілді (Во время измерений были сделаны замеры температуры воздуха, влажности, скорости движения воздуха, атмосферного давления).

Сыналатын үй-жайлар мен конструкциялардың параметрлері туралы мәліметтер (Сведения о параметрах испытываемых помещений и конструкций):

11. Сараптамаға ұсынылған құжаттар (Документы, предоставленные на экспертизу):

12. Сараптама нәтижелері (Результаты экспертизы):

Ауа шуын оқшалау индексі: белгіленген нормадан аспайды/белгіленген нормадан __дБ жоғары. (Индекс изоляции воздушного шума: не превышает установленный нормы/ превышает установленный нормы на ____ дБ).

«Қазақстан Республикасының қағидалар жинағы. Тұрғын және қоғамдық ғимараттардың қоршау конструкцияларының дыбыс оқшаулауын жобалау» ҚР ҚЕ 2.04-105-2012 талаптары. Б санатындағы тұрғын үйлер үшін ауа шуын оқшалау индекстерінің нормативтік мәндері ____ дБ құрайды. (Требования СП РК 2.04-105-2012 «Свод правил Республики Казахстан. Проектирование звукоизоляции ограждающих конструкций жилых и общественных зданий». Нормативные значения индексов изоляции воздушного шума для жилых зданий категории Б составляет ____ дБ).

- Сараптама нәтижелері бойынша ____ қабаттың №__ пәтері мен №__ пәтерінің көршілес үй-жайларының арасындағы ауа шуын оқшалау индексі ____ дБ құрады, норма бойынша ____ дБ; (По результатам экспертизы индекс изоляции воздушного шума между смежными помещениями квартиры) №__ и квартиры №__ этажа ____ составил ____ дБ, при норме ____).

Қабат аралық жабын плитасы үшін келтірілген соққы шуының индексі: белгіленген нормадан аспайды/белгіленген нормадан __ дБ жоғары. (Индекс приведенного ударного шума для плиты междуэтажного перекрытия: не превышает установленный нормы/превышает установленный нормы на ____ дБ).

«Қазақстан Республикасының қағидалар жинағы. Тұрғын және қоғамдық ғимараттардың қоршау конструкцияларының дыбыс оқшаулауын жобалау» ҚР ҚЕ 2.04-105-2012 талаптары. ____ санатындағы тұрғын ғимараттар үшін соққы шуының келтірілген деңгейі индекстерінің нормативтік мәндері ____ дБ құрайды. (Требования СП РК 2.04-105-2012 «Свод правил Республики Казахстан. Проектирование звукоизоляции ограждающих конструкций жилых и общественных зданий» Нормативные значения индексов приведенного уровня ударного шума для жилых зданий категории ____ составляет ____ дБ.

____ қабаттың №__ пәтері мен №__ пәтерін бөлетін қабат аралық жабынның плитасы үшін келтірілген соққы шуының индексі ____ дБ құрады, норма бойынша ____ дБ;

(Индекс приведенного ударного шума для плиты междуэтажного перекрытия, разделяющей) квартиру №___ и квартиру №___ этажа___ составил___ дБ, при норме___ дБ.

Орындаушылыр (Исполнители):

Т.А.Ә.(ол болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии) (лауазымы, ЭЦҚ)
(должность, ЭЦП)

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии) (лауазымы, ЭЦҚ)
(должность, ЭЦП)

Зертхана меңгерушісі

(Заведующий лабораторий)

) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии) (ЭЦҚ, ЭЦП)

Басшы (Директор) Т.А.Ә. (ол болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии) (ЭЦҚ, ЭЦП)

(QR кодсыз жарамсыз. Без QR-кода недействительный)

Приложение 338
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
338-қосымша

Приложение 338
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 338/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 338/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20 _____ года № _____

№ _____ санитариялық-карантиндік бақылау актісі
(төтенше жағдайлардың туындау қаупі болған кезде)

Акт санитарно-карантинного контроля № _____
(при наличии риска возникновения чрезвычайных ситуаций)

«__» _____ 20__ жыл (год) _____

Мен (Мною) Біз (Нами)

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), (бұдан әрі – Т.А.Ә.)
(Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), (далее – Ф.И.О.)

мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органының
атауы (Наименование органа государственного санитарно-эпидемиологического
надзора) мыналардың: (с участием)

тексеруге қатысқан басқа мамандарды көрсетіңіз

(указать других специалистов, участвовавших в обследовании)

қатысуымен

мамандар болғанда: (в присутствии)

лауазымы, лауазымды тұлғаның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), (немесе заңды
тұлғаның басшысының немесе жеке тұлғаның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда),
(должность, Ф.И.О. (при его наличии) должностного лица (или руководителя
юридического лица или Ф.И.О. (при его наличии) физического лица)

_____ тексеру жүргіздік (проведено
обследование)

1. Рейстің нөмірі (Номер рейса)

2. Компанияның атауы (Наименование компании)

3. Қозғалыс маршруты (Маршрут движения)

4. Жолаушылар /экипаж мүшелері саны (Количество пассажиров/членов экипажа)

5. Көлік құралында инфекциялық ауруға күдікті науқастардың болуы (Наличие на транспортном средстве больных подозрительных на инфекционное заболевание)

иә/жоқ (да/нет)

Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), (Ф.И.О. (при его наличии))

6. Симптомдары (керектіні сызу) қызба, температура 38,5 С, жөтел, бездердің, лимфа түйіндерінің ісінуі, тамақ ауруы, диарея, бірнеше рет құсу, тері бөртпесі, сарғаю, көгеру, қан кету, сананың шатасуы (Симптомы (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).

Приложение 339
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
339-қосымша

Приложение 339
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 _____ жылғы « ____ » _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 339/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламат- тылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организа- ции в сфере санитарно-эпидемиологического благопо- лучия населения	Медицинская документация Форма № 339/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казах- стан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

**Жіті респираторлық вирустық инфекция бойынша
зертханалық зерттеу нәтижелерін тіркеу
журналы
Журнал
Регистрации результатов лабораторных
исследований по острой респираторной вирусной инфекции**

Басталуы (начало): _____

Аяқталуы (окончание): _____

р /с № № п /п	Зерт- ха- на- лық нө- мір /Ла- бо- ра- тор- ный но- мер	Сәй- кестен- діру №/ Иден- тифи- каци- онный №	Ап- та/ Неде- ля	Басқа респираторлық вирустық инфекциялар												
				Другие респираторные вирусные инфекции												
				Парагрипп (hPiv)				Респи- ратор- но- синци- тиаль- ный вирус (hRSv)	Ме- тап- невмо- вирус (hMpv)	Коро- нави- рус (hCov)	Ри- но- ви- рус (hRv)	Аде- нови- рус (hAdv)	Бока- вирус (hBov)	Дру- гие ОРВИ	Дата вы- дачи ре- зульт- атов Бері- лген күні нәти- же- лер нәти- же- лер	Г ш Қ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	

№ п /п	Зертханалық № Лаборатор- ный №	Сәйкестендіру № Идентификацион- ный №	Науқас адамның Т. А.Ә. (ол болған жағдайда), Ф.И.О. (при его на- личии), больного человека	Ту- ған күні Дата рож- дения	Материал қайдан түсті Откуда поступил мате- риал	Диа- гноз	Аурудың диа- гнозы Диа- гноз болезни
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы/Продолжение таблицы

Үлгінің күйі (1-барабар, 2- барабар емес) Состояние образца (1-адек- ватное, 2-неадекватное)	Апта Неде- ля	Күні Дата				Нәтиже- сі Ре- зультат	Нәтиженің берілген кү- ні Дата выда- чи результа- та
		Аурулар Заболева- ния	Матери- алды алу Взятие матери- ала	Материалды жеткізу Доставка материала	Зерттеу Исследо- вания		
9	10	10	11	12	13	14	15

Приложение 341
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
341-қосымша

Приложение 341
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № __ бұйрығымен бекітілген № 341/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 341/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Тұрмыстық қатты қалдықтардың мөлшерін есепке алу журналы Журнал учета количества твердых бытовых отходов

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

--	--	--	--	--	--

Кү- ні Да- та	Қалдықтарды тиіп жіберген ұйымның атауы На- именование организации,отгрузившей отходы	Қал- дықтар- дың тү- рі Вид от- ходов	Қалдықтардың мөл- шері Количество от- ходов		Қалдықтардың құ- рамы Состав отхо- дов	Картаның нө- мірі Номер карты
			Тонна/ тонн	м3		
1	2	3	4	5	6	7

Приложение 342
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
342-қосымша

Приложение 342
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 342/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 342/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года №__

**Әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттаманы қарау орнына келуге
шақырту**

**Повестка о явке по месту рассмотрения протокола об административном
правонарушении**

Тұлға (Лицо):

Тұрғылықты мекенжайы: (место проживания)

20__ жылғы ____ келу туралы шақыртуды (повестку о явке « ____ » ____
20__ года)

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы
мемлекеттік органының атауы (Наименование государственного органа в сфере
санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

Мемлекеттік органның мекенжайы (адрес государственного органа)

20__ жылы ____ алдым (получил « ____ » ____ 20__ года) ____

Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда), қолы (фамилия, имя, отчество (при
его наличии), подпись)

Шақырту__ данада толтырылды (повестка составлена в экземплярах).

Шақыртуды толтырған лауазымды тұлғаның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған
жағдайда), қолы (фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись
должностного лица составившего повестку)

Приложение 343
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
343-қосымша

Приложение 343
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 343/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 343/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Атқарылған жұмыстарды (зоологиялық) есепке алу күнделігі
Дневник учета проведенной работы (зоологической)

Күні /Дата _____ аумақ атауы/ название территории _____

Кеміргіш иесі / Вид грызуна _____ жинау әдісі/метод
сбора

Колония нөмірлері № Номера колоний №	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Тіршілік етуі обитаемость										
Есепті жинақ Учетный сбор										
Азық камерасы Кормовая камера										
Қосымша жинақ Дополнительный сбор										

Жаппай жинау /Массовый сбор:

Колониялар қарап-тексерілді /Осмотрено колоний _____ оның ішінде бүрге бар/
из них с блохами _____

Жинақ жүргізді /Сбор проводил: _____

Приложение 344
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
344-қосымша

Приложение 344
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы (альбом)

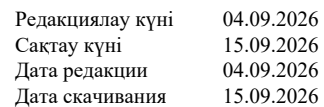
Формат А4 (альбомный)

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 344/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 344/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

**Бүргелер популяциясының экологиялық-физиологиялық жай-күйін тіркеу
журналы**

**Журнал регистрации эколого-
физиологического состояния популяций блох**

Айлары, он- күндігі	Жиналған нысан Объект сбора	Қаралған бүрге	Алиментарлық бел- сенділігі	Дене майының даму сатысы	Физиологиялық жасы
------------------------	--------------------------------	-------------------	--------------------------------	-----------------------------	--------------------



Месяцы, декады		Просмотрено блох	Алиментарная активность					Состояние жирового тела					Физиологический возраст					
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6

Приложение 345
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 345/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 345/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

_____ обаға қарсы күрес
станциясы

противочумная станция

_____ обаға қарсы күрес бөлімшесі
противочумное отделение

[illegible]

22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

жалғасы / продолжение

Буын аяқтылар / Членистоногие						Суспензия се- бу № / № посе- вов суспензий	Себу сану/ Количе- ство посе- вов	Коллек- циясы/ Коллек- ция	Бактериологиялық зерттеу нәтижесі / Результаты бактериологического исследование
Кенелер түрлері / Клеши по видам									
				Анық- таусыз /Без опред.	Барлық кенелер /Всего клещей				
38	39	40	41	42	43	44	45	46	47

Приложение 346
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
346-қосымша

Приложение 346
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы (альбом)

Формат А4 (альбомный)

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 346/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 346/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Елді мекендерде кеміргіштердің болуын зерттеп-қарау тізімдемесі
Ведомость обследования населенных пунктов на наличие грызунов

20__ ж. «__» _____
тышқан тәріздес кеміргіштер мен паразиттердің болуына
_____ зерттеп-қарау

« » 20 г.

[illegible]

Приложение 347
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
347-қосымша

Приложение 347
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 347/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 347/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Елді мекендегі (жабық станция) жұмыстарды есепке алу күнделігі
Дневник учета работ в населенном пункте (закрытая станция)

Күні /Дата _____

Елді мекен /Населенный пункт _____

Қарап-тексерілген объектілер/Осмотрено объектов _____

Ауданы м² / Площадь м² _____

Құрылысы/ Постройки _____

Желімді парақтар саны/Количество клеевых листов _____

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))

[illegible]

Приложение 349
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 349/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 349/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

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(клетки).

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).....

[illegible]

Жинау күні / Дата сбора	Зерттеу күні / Дата исследования	Жинау орны /Адрес сбора	Объектілер саны// Количесство объектов	Кенелерімен/ с клещами	Кене түрлерінің ата-луы Видовое название клещей				Барлығы / Всего	Дернәсілдер /Личинки	Нимфа-лар / Нимфы	Аналықтар / Самки
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

жалғасы / продолжение

Аналықтар / Самки	Аталықтар / Самцы	Суспензия себу № № посевов суспензии		Зерттеу нәтижелері (ИФТ) Результаты исследования (ИФА)	
14	15	16	17	18	

Приложение 351
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
351-қосымша

Приложение 351
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 351/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 351/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Оба қоздырғышы штамының паспорты № _____

Паспорт штамма возбудителя чумы № _____

Микроб түрі (Вид микроба)

Штамм номері(Номер штамма)

Дәрігер бөліп алды (Выделено врачом)

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) _____
(ошак, 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)

(кеміргіштен не эктопаразиттен тікелей бөлінген) (непосредственно от грызуна
или эктопаразита)

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)

Приложение 352
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
352-қосымша

Приложение 352
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А6 Форматы

Формат А6

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 352/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 352/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

А6 Форматы (кітапша)

Формат А-6 (книжный)

Жиналған далалық материалдар тізімі
Опись добытого полевого материала

Кеміргіштердің түрі

Виды грызунов

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Ауланған күні:

Дата добычи

Ауланған орны:

Место добычи

Ұсталған кеміргіштердің жалпы саны

Общее количество пойманных грызунов

Өлген кеміргіштер табылды

Найдено павших грызунов

Қолы:

Подпись

Приложение 353
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
353-қосымша

Приложение 353
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы(альбом)

Формат А4(альбомный)

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20 ____ жылғы « ____ » _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №353/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мем- лекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно- эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 353/у Утверждена приказом Министра здраво- охранения Республики Казахстан от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Паразитологиялық мәліметтер

Паразитологическая сводка

_____ зертхана (лаборатория) _____ жасағы (отряд) 20 ____ ж. _____

Зерт- теп-	Есеп- ке алу	Зерттеп-қа- рау объекті-	Объектілер саны	Эктопаразиттердің түрлері	Барлығы
---------------	-----------------	-----------------------------	-----------------	---------------------------	---------

қарау күні Дата обсле- дова- ние	пунк- ті/ Пункт учета	лері (жану- ар түрлері, ін иесі) Объекты обследова- ния (виды животных, хоз.нор гнездо)	Кол-во объектов			Виды эктопаразитов																Всего	
			Бар- лы- ғы/ все- го	бұр- гесі бар/ с бло- ха- ми	ке- несі бар/ с кле- ща- ми																	Бұр- ге/ блох	Кене/ Кле- щи

жалғасы / продолжение

Индекс		Себулер Посевы			
К О	К В	Бүргеден блох		Кенеден клещи	
		Тобы гр.	Жеке инд.	Тобы гр.	Жеке Инд.

Приложение 354
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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 А4(альбомный)

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2022 жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 354/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 354/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 2022 года № _____

[illegible]

Приложение 355
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

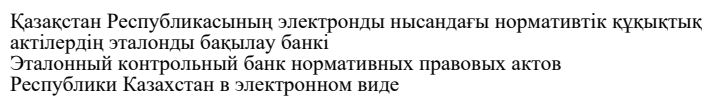
А4 Форматы (альбом)

Формат А4 (альбомный)

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 355/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 355/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Объектілердегі иксод кенелер санының көрсеткіштері
Показатели численности иксодовых клещей на объектах

Күні дата	Елді мекендер Населенные пункты	Қаралған мал басы Осмотрено животных	Кенелер бар мал басы Из них с клещами	Кене түрлері Виды клещей	Барлық кенелер Всего клещей	Көптік индексі Индекс обилия	Кездесу жиілігінің индексі Индекс встречаемости



Редакциялау күні	04.09.2026
Сақтау күні	15.09.2026
Дата редакции	04.09.2026
Дата скачивания	15.09.2026

Приложение 356
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
356-қосымша

Приложение 356
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы (кітапша)

Формат А4(книжный)

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 356/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 356/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Зерттеп-қаралған учаске бойынша ақпарат
Информация по обследованному участку

1) Учаске атауы (сынама алынған орын) Наименование участка (место забора пробы) _____

2) Зерттеп-қарау күні, айы, жылы (Дата обследования число, месяц, год)

3) Секторы (Сектор)

4) Координаттары (Координаты)

5) Үлкен құмтышқанның қонысы (Поселение большой песчанки)

6) км²-ге үлкен құмтышқандар колонияларының тығыздығы (Плотность колоний Б/п на/ км² _____

6) Колониялардағы тіршілік көзі (Обитаемость колоний)

7) км²-ге үлкен құмтышқандар саны (Число больших песчанок, на/км²)

8) Колониялардағы үлкен құмтышқандар саны

Число песчанок на колонию _____

9) Қосалқы таратушылардың қақпанға түсу %-ы Попадаемость второст.носителей на давилки % _____

10) Үйлер, киіз үйлер және т.б. саны

Число домов,юрт,и др _____

11) Адамдардың болуы (Наличие людей) _____

а) қызмет түрі

род занятий _____

б) обаға қарсы егілгендер

привитые против чумы _____

13) Аталған учаскеге келген уақыты

Время пребывания на данном участке

14) Түйелердің болуы

Наличие верблюдов

а) обаға қарсы егілгендер

Привитые против чумы

б) жайылым жері

Место выпаса

15) Елді мекенде зерттеп-қаралды

Обследовано в населенном пункте

- м² кеміргіштермен зақымдануға

- на зараженность грызунами м²

м² кеміргіштермен

С грызунами м²

- м² бүргелермен зақымдануға

на пораженность блохами м²

м² бүргелермен

С блохами м²

д) дератизация м²

дератизация м²

е) дезинсекция м² дезинсекция м²

16) Санитариялық – ағарту жұмысы жүргізілді

Проведена санитарно просветительная работа

а) оқылған дәріс саны/қамтылған адамдар

прочитано лекций количество /охвачено людей

б) өткізілген әңгімелер саны/ қамтылған адамдар

проведено бесед количество /охвачено людей

в) таратылған 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)

р /с № № п /п	Кү- ні / Да- та	Тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда) / Фамилия, Имя, Отчество (при его нали- чии)	Лауа- зымы / Долж- ность	Орындалған жұ- мыстың сипаты / Ха- рактер выполняемых работ	Жұмыстың ба- сталған уақыты / Время начала ра- боты	Жұмыстың аяқтал- ған уақыты / Время завершения работы Спросить Объяснить	Қо- лы / Под- пись
1	2	3	4	5	6	7	8

Приложение 358
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
358-қосымша

Приложение 358
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

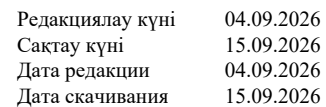
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 358/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 358/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Қызметкерлердің температуралық режимін тіркеу журналы
Журнал регистрации температурного режима сотрудников

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (Г.)

--	--	--	--



жалғасы / продолжение

[illegible]

Приложение 359
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 359/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 359/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

**Патогендігі I-II топтардағы патогенді биологиялық агенттерді және
патогендігі III-IV топтардағы коллекциялық микроорганизмдерді
микробиологиялық зертхана (ұйым) шегінде беру актілерін тіркеу журналы**

**Журнал регистрации актов передачи патогенных биологических агентов I–II
групп патогенности и коллекционных микроорганизмов III–IV групп
патогенности в пределах микробиологической лаборатории (организации)**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

р /с№ №п /п	Тір- кеу № және күні № и дата реги- стра- ции	Талап қайдан тү- сті (зертхана, бө- лімше атауы) Откуда поступи- ло требование (название лабора- тории, отделен- ний)	Өкім- ді кім берді (күні және тір- кеу №) Кем дано рас- поря- же- ние (дата и ре- ги- стра- цион- ный №)	Микроор- ганизі мнің атауы (штамдар №) Наимено- вание мик- роорганиз- ма (№ штаммов)	Жіберілген ыдыс саны (ыдыстың, қаптаманың түрі) Количество отпущенных емкостей (вид посуды, упа- ковки)	Мик- роор- ганизі мді бер- ген күн Дата выда- чи мик- роор- ганиз- ма	Өсіріндіні беретін адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдай- да), лауазымы, ко- лы Ф.И.О. (при его на- личии), долж- ность, подпись ли- ца, передающего культуру	Өсіріндіні алған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдай- да), лауазымы, ко- лы Ф.И.О. (при его наличии), долж- ность, подпись ли- ца получившего культуру
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Приложение 360
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
360-қосымша

Приложение 360
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 360/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 360/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Патогенді микроорганизмдерді жою актілерін тіркеу журналы
Журнал регистрации актов уничтожения патогенных микроорганизмов

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

						Жою әдісі		
--	--	--	--	--	--	-----------	--	--

р /с № п /п	Жо- ю- ды тір- кеу № № ре- ги- стра- ции уни- что- же- ния	Өсін- діні жою күні Дата уни- что- же- ния куль- ту- ры	Өсіріндіні жоюға өкім берген адам- ның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы Ф.И.О. (при его на- личии), должность лица давшего распо- ряжение на уничто- жение культуры	Жою ту- ралы өкім (номері, күні) Распоря- жение на уни- чтоже- ние (но- мер, да- та)	Микро- орга- низмдер- дің ата- уы Наиме- нование микро- органи- змов	/ Метод уничтожения		Көле- мі мен ыдыс түрі Коли- че- ство и вид емко- сти	Жоюға қатысқан кызметкерлердің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауа- зымы, қолы Ф.И.О. (при его наличии), долж- ности, подписи специалистов принявших уча- стие в уничтоже- ний
						Авто- клав ре- жимі (қысым- ды, уа- қытты жазу) Авто- клав ре- жим (пропи- сать давле- ние, время)	Дезинфекция- лық ертіндінің атауы, залал- сыздандыру уа- қыты (экспози- циясы)/ Наименование дезинфекцион- ного раствора, время экспози- ции		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Приложение 361
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
361-қосымша

Приложение 361
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 361/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 361/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

**Патогенді микроорганизмдер салынған ыдыстарды ашу актілерін тіркеу
журналы**

**Журнал регистрации актов вскрытия емкостей с патогенными
микроорганизмами**

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

№пп	Ашу актісінің тіркеу № № регистра- ции акта вскры- тия	Ашу күні Дата вскры- тия	Ұйым- ға жет- кізіл- ген күні День достав- ки в ор- ганиза- цию	Ұйым- нан жөнел- тілген күні День отправ- ки ор- ганиза- ции	Ұйым басшысының рұқсатының шығыс номері, күні Исходящий номер, дата разрешения ру- ководителя органи- зации	Микроорга- низмнің атаулары, нөмірлері Наименова- ния, номера микроорга- низма	Объект атауы және саны Наимено- вание и количе- ство объекта	Өсіріндіні қабылдаған адамның Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауа- зымы, қолы Ф.И.О. (при его нали- чии), должность, под- пись лиц принявшего культуру
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Приложение 362
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
362-қосымша

Приложение 362
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 362/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 362/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Виварий жануарларының кіріс-шығысын ай сайын тіркеу журналы
Журнал ежемесячной регистрации прихода-расхода животных вивария

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

НҚАсәйкес сақтау мерзімі/Срок хранения согласно НПА:

[illegible]

Приложение 363
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

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

A4 Форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 363/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 363/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Виварий жануарларының санын күн сайын тіркеу журналы
Журнал ежедневной регистрации количества животных вивария

Басталуы (Начат) «__» _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) «__» _____ 20__ ж. (г.)

НҚА-ға сәйкес сақтау мерзімі/Срок хранения согласно НПА:

№	Жылы, айы, күні, Год, месяц, день	Саны/Количество					Қызметкердің Т.А.Ә. (ол болған жағдайда), лауазымы, қолы Ф.И.О. (при его наличии), должность, подпись работника
		Күннің басында — На нача- ло дня ____	Өл- тіріл- ді Уби- то	Өздігі- нен өл- гені Пало	Бөлімшелерге, эпидемиологиялық жасақтарға және т.б. жіберілді Отправлено в отделения, эпидемиоло- гические отряды и т.д.)	Қал- дық Оста- ток	
1	2	3	4	5	6	7	8
Ақ тышқандар (Белые мыши)							
Теңіз шошқасы (Морская свинка)							
Қояндар (Кролики)							
Қойлар (Овцы)							
Тағы басқа жануар түрі (Другие виды животных)							

Приложение 364
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от « » _____ 2026 года № _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
364-қосымша

Приложение 364
к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы «__» _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 364/е нысанды медициналық құжаттама
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органының немесе ұйымының атауы Наименование государственного органа или организации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Медицинская документация Форма № 364/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «__» _____ 20__ года № _____

Қоректік орталардың жарамдылығын бақылау журналы
Журнал контроля пригодности питательных сред

Тір- кеу № № ре-	Кү- ні Да- та	Орта- ның ата- уы	Өндіру- ші, сери- ясы, сал- мағы Произво	Жа- рам- ды-	Дай- ын- дал-	Ба- қы- лау тү- рі	Тест- штамм- дар	Себу доза- сы По- севная доза	Инкубация шарттары Условия ин- кубаций	Зерт- теу нәти- жесі	Қо- ры- тын- ды	Күні және жауапты адамның Т.А. Ә. (ол болған жағдайда),
------------------------------	------------------------	----------------------------	--	--------------------	---------------------	--------------------------------	------------------------	---	---	-------------------------------	--------------------------	---

ги- стра- ции		На- име- нова- ние среды	дитель серия, вес	лық мерзі- мі Срок год- ности	ған кү- ні Да- та при- го- тов ле- ния	Вид кон- тро- ля	Тест - штам- мы			Ре- зуль- тат ис- сле- дова- ния	За- клю- че- ние	Дата и Ф.И. О. (при его наличии) от- ветственного лица
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Ескертпе (Примечание):

Құжат электрондық 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.