

20247499

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2022179

申请日期: 2022年3月23日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地	
	何靖铨	女	2016-06-15			广东省德庆县	
	参加医保情况		<input checked="" type="checkbox"/> 新农合	<input type="checkbox"/> 城镇居民	<input type="checkbox"/> 企业	<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 无
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用		
	神经节神经母细胞瘤		广州市妇女儿童医疗中心		6-8万元		
病人直系亲属资料	姓名	性别	年龄	与患者关系	就业及收入情况	联系电话	
	廖敏燕	女	39	母亲	无		
申请救助理由	<p>申请救助理由请详细填写(如:小孩病情起因、现状、后续治疗、费用缺口、家庭情况、医疗保险等)</p> <p>患儿何靖铨, 5岁, 男性患儿, 本次因“诊断神经母细胞瘤2月余, 返院化疗”入院。后续经评估后需行肿瘤切除术, 术后仍需进一步放化疗, 手术预计费用6-8万左右, 费用缺口4-6万左右, 治疗预计总费用30万左右。患儿家庭经济来源困难, 已出具当地民政局贫困证明。本次入院参加医保为省内异地医保。</p> <p>本人保证上述情况完全真实</p> <p>申请人签名: <u>廖敏燕</u> 2022年3月23日</p>						
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用):</p> <p>患儿诊断“神经节神经母细胞瘤”明确, 本次入院行化疗, 后续需行肿瘤切除术, 术后仍需进一步放化疗。</p> <p>医师签名: <u>杨敏</u> 2022年3月23日</p>						
	<p>医院意见:</p> <p>建议给予医疗救助金 <u>1</u> 元。</p> <p>(大写: <u>1</u> 万 <u>0</u> 千 <u>0</u> 百 <u>0</u> 元 <u>0</u> 角 <u>0</u> 分)</p> <p>负责人签名: <u>杨敏</u> 2022年3月29日</p>						
<p>广东公益恤孤助学促进会意见: <u>同意救助壹万元整</u></p> <p>负责人(签名): <u>高敏</u> 2022年4月6日</p>							



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

重症貧童救助款收據

病童姓名:	何靖敏	性別:	男	年齡:	5
病種:	腹膜癌(神經母細胞瘤伴骨髓轉移)				
治療醫院:	廣州婦女兒童醫院				

今收到廣東公益恤孤助學促進會救助款 10,000 元 (大寫: 人民幣壹萬元整), 將作為何靖敏的治療費用。

受助人 (監護人): 顏敏燕

電話: [Redacted]

見證人 (記者/志願者/捐贈方代表等): /

電話: /

經辦人: 梁弋

電話: 13822279353

日期: 2022年4月8日

广州市妇女儿童医疗中心(珠)

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名: 何靖敏 性别: 男 年龄: 5岁 科别: 肿瘤外科二组(珠) 床号: 029 住院号: 20247499

诊断:

腹膜后恶性肿瘤(神经母细胞瘤, 伴骨髓转移)

医嘱及建议:

1、①每1-2天复查血常规(包括末梢血), 如果出现白细胞 $<2 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 $<1 \times 10^9/L$, 血小板 $<50 \times 10^9/L$, 或血红蛋白 $<70g/L$, 需返院或电话咨询医生。②如有任何不适, 即时就近就医; 门诊随诊。③按期返院治疗。④注意预防感染, 清洁口腔及外阴肛门, 注意饮食卫生, 戴口罩, 减少探访, 不到公众场所, 暂停预防接种。⑤避免腹部撞击。⑥术后2周伤口不沾水, 每3天换药, 约需换4次。

如有感染性发热或需要输注血制品等情况, 需紧急返院住院治疗; 就诊时务必需要携带本出院记录并出示于预检分诊处人员, 由儿童外科急诊报请总住院医师协调按专科急诊处理。

紧急联系方式: 肿瘤外科专科所在病区护士站电话: 020-38076147; 或医院总值班电话: 020-81886332转珠江新城院区急诊科(儿童外科/内科急诊)。另附其他联系方式: 肿瘤外科专科值班电话: 020-38076137(非热线电话, 待接听), 或者书写发送信息至肿瘤外科专科手机: 18902268457(非热线电话, 待接听)。

2、出院带药: 脾氨肽口服溶液(听似) 10ml:10mg*6支/盒 10mg P.O 壹盒 【国基】生血宝合剂(听似) 100ml/瓶 7.5ml P.O 叁(17, 23, 5点) (共: 2瓶)

3、交通工具: 自行 出租车 其他 家属带离

4、随访指导:

(1)医院名称及地址: 广州市妇女儿童医疗中心珠江新城院区 天河区金穗路9号/广州市妇女儿童院区 越秀区人民中路318号/广州市妇婴院区 越秀区人民中路402号

(2)回院随访时间: 2022-02-08早上返院行后续的化疗(现新冠肺炎疫情管控, 患儿及陪护约需要提前3天在当地医院检查2019-nCoV, 结果3天内有效)。

(3)专科门诊开诊时间: 肿瘤外科专科门诊, 珠江新城院区小儿外科门诊3楼, 逢周一下午, 周三上午, 周四上午; 儿童外科急诊, 预检分诊为24小时开诊。

(4)如果出现以下情况: 全身皮疹、出血点、高热、咳嗽、气促、发绀、面色苍白、尿量少、呕吐、腹胀、精神反应差等任何不适, 需立即返院或就近治疗。

医师签名: 杨晓 杨晓

日期: 2022-1-27 8:40:57

注: 1、未经盖章, 签字无效。

2、涂改无效。

3、只作疾病证明, 不得作其它证明使用。



核发单位：德庆县凤村镇人民政府
 发证日期：2022年3月8日
 户主姓名：廖敏燕
 身份证号码：
 低保证编号：



户主姓名	廖敏燕			性别	女
出生年月	1983年8月15日			职业	
医保卡号				家庭人口	4
居住地址	棠下村委会棠下村				
户籍地	肇庆市德庆县(市、区) 凤村(街道)棠下村(居)委				
低保资金发放账号					
家庭成员情况	姓名	关系	职业	月收入	
	何靖锋	母子			
	何靖杰	母子			
	何靖铨	母子			

家庭成员照片

核发单位 盖章	核发单位 盖章	核发单位 盖章
注明：(此处贴小一寸照片)	注明：(此处贴小一寸照片)	注明：(此处贴小一寸照片)
姓名：	姓名：	姓名：
核发单位 盖章	核发单位 盖章	核发单位 盖章
注明：(此处贴小一寸照片)	注明：(此处贴小一寸照片)	注明：(此处贴小一寸照片)
姓名：	姓名：	姓名：

