

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2023131

申请日期: 2023年3月8日

病人资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地
	叶桢鸿	男	2007年10月7日		广东省
	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 报销比例: 60%		
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用
ALK阳性的间变大细胞淋巴瘤		广东省人民医院肿瘤科		二十五万元	
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
	叶奕华	男	42	父子	月收入: 4200元
申请人理由		<p>患儿叶桢鸿于2022年10月28日在广东省人民医院确诊为ALK阳性的间变大细胞淋巴瘤，治疗费用大概二十五万元，目前已经花费了十九万元。每月的治疗费用加靶向药费(维莫西单抗)，还有高额的营养费已经造成家庭经济非常困难，还有姐姐在读大学，读大一。请给予帮助。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p>			
		<p>申请人签名: 陈淑燕 2023年3月8日</p>			
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 250000元				
	<p>医师签名: 陈淑燕 2023年3月8日</p>				
	<p>医院意见:</p> <p>建议给予医疗救助金 30000 元。 (大写: 叁 万 零 仟 零 百 零 拾 零 元 零 角 零 分)</p>				
	<p>负责人签名: 陈淑燕 2023年3月10日</p>				
<p>广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万元整</p>					
<p>负责人(签名): 马坚 2023年3月13日</p>					



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

重症病童救助款收据

病童姓名:叶桢鸿 性别:男 年龄:16
病种:间变大细胞淋巴瘤 治疗医院:广东省人民医院惠福分院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为叶桢鸿的治疗费用。

受助人(监护人): 陈淑莲

电 话: 13822279353

见证人(记者/志愿者/捐赠方代表等): 黎弋

电 话: 13822279353

经办人: 黎弋

电 话: 13822279353

日 期: 2023年 3月 15日



疾病诊断证明书

编号: 1001Z8100000010226LB

住院号(门诊号): P2067446

科室: 淋巴瘤科病区

姓名: 叶桢鸿 性别: 男性 年龄: 15岁

入院日期: 2022-10-19 出院日期: 2022-12-05

处理意见:

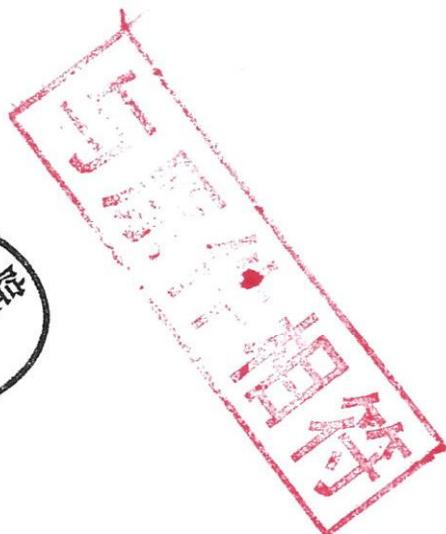
患者因“右下腹溃烂1年余”入院。入院后完善相关检查，行PET/CT示1. 右侧腹股沟巨大软组织肿块并溃疡形成，右侧髂外动脉旁淋巴结稍增高，局部糖代谢摄取高，结合病史，考虑淋巴瘤浸润可能性大。于2022/10/24插管全麻行右腹股沟病损病理活检术，病理活检结果提示ALK阳性间变性大细胞淋巴瘤。行骨髓穿刺+活检未见淋巴瘤累及，结合患者PET/CT、病理等结果，明确诊断ALK阳性的间变性大细胞淋巴瘤II期，患者CD30 100%+，为手术不能切除的II期，低危组，建议予CD30单抗+V-A-B-A-B-A-B（不做鞘注）方案化疗，与患者及家属详细沟通，经患者及家属同意，于2022-11-4开始予V-A+CD30单抗方案化疗，化疗期间出现肝功能不全，予护肝对症治疗后好转，2022-11-12结束第1程化疗后予长效升白针预防治疗。患者右侧腹股沟肿物逐渐缩小，局部组织溃烂明显，转入烧伤科于2022年11月21日行“肿瘤部分切除术”，术程顺利。术后手术伤口渗液逐渐减少，2022-11-29开始予B+CD30单抗方案化疗，并予预防化疗副作用，过程顺利。现本次化疗已结束，患者一般情况可，予办理出院。

诊断:

1. 间变性大细胞淋巴瘤，ALK阳性；2. 为肿瘤化学治疗疗程

医嘱:

至当地医院继续治疗，按期返院治疗。



复诊建议:

医师: 李文珍

日期: 2022年12月05日

- 注: 1. 加盖疾病诊疗专用章后方才生效，遗失不补
2. 涂改无效
3. 只作疾病证明，不得作其它证明使用

困难证明

兹有家庭经济困难患者叶桢鸿，性别男，年龄16岁，是广东省
[市] [县(区)] [乡镇(街道)] [村民小组(居委会)]
村民的儿子，家庭成员有父亲叶永华，母亲陈淑燕，因患儿确诊淋巴瘤，
治疗费用较高，家庭经济困难，难以承担患儿全部医疗费用，现向贵单位申请为
患儿治疗淋巴瘤提供经济上的爱心资助。

情况属实，特此证明。



日期: 2023年3月8日

