

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: 2023170

申请日期: 2023年3月14日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	陈泽棋	男	2006.9月9日			
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无 报销比例: 40%			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
	淋巴瘤		广东省人民医院惠福分院		150000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
	陈炎明	男	42	父子	务农	
	周杭凤	女	40	母子		
申请救助理由		患儿陈泽棋于2022年10月在广东省人民医院确诊淋巴瘤疾病, 治疗费用大概150000元, 目前已花费十万元左右, 每月花费2万左右造成家庭困难, 希望能帮助我们度过难关。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈泽棋 2023年3月14日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 情况基本属实 医师签名: 邱汉国 2023年3月14日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 30000 元。 (大写: 叁万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 2023年3月14日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万叁仟 负责人(签名): 2023年3月27日						



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: 陈泽棋 性别: 男

年龄: 16

病种: 霍奇金

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 陈泽棋 的治疗费用。

受助人 (监护人): 周杭凤

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [REDACTED]

经办人: 梁弋

电 话: 1382227953

日 期: 2023年3月30日

疾病诊断证明书

科室: 淋巴瘤科病区
姓名: 陈泽棋 性别: 男性 年龄: 16岁
入院日期: 2023-02-26 出院日期: 2023-02-28
处理意见:

编号: 1001Z810000001ZP9W5R

住院号(门诊号): P2066519

患者因“确诊霍奇金淋巴瘤3月余，返院治疗”入院。入院后予完善相关检查，3周期后复查全身PET/CT，疗效评价PR。排除化疗禁忌症，于2023-2-27予第4周期PD-1抑制剂+AVD方案化疗d1用药，并予预防化疗副作用。现本次治疗已结束，一般情况可，无诉不适，予办理出院。

诊断:

1. 为肿瘤化学治疗疗程; 2. 经典型霍奇金淋巴瘤

医嘱:

按时返院治疗。

复诊建议:



医师: 林晓弟

日期: 2023年02月28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陈泽棋，性别男，年龄16岁，是广东省
云浮市郁南县(区)南江乡镇(街道)南江村民小组(居委会)
村民的儿子，家庭成员有父亲陈炎明 母亲周机凤，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。

村委会/居委会盖章：



日期：2023年3月14日

