

附件 4:

### 广东省第二人民医院

### “重大疾病”病患救助申请表

编号: 2023437(省=医-三类病)

申请日期: 2023年 5月 9日

病人资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	叶德卷	男	2005.7.22	[REDACTED]	广东省 [REDACTED]	
	参加医保情况		<input 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: 85%			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
I型干扰素病		广东省第二人民医院		13000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
	叶福宁	男	48	父亲	务农收入20000元	[REDACTED]
	王素珍	女	42	母亲	务农收入15000元	[REDACTED]
申请救助理由	<p>我是叶德卷,由于我患有多种疾病,多次住院治疗,至今还未能康复,医疗费用也非常很高,我爸妈的收入也不是很高,靠务农为生,平时打份小工,基本没有什么收入,所以向你们求助。本人保证上述情况完全真实。 感谢你们好心人主持,谢谢</p> <p>申请人签名: 叶德卷 2023年 5月 9日</p>					
资助金额	<p>建议给予医疗救助金5000元。 (大写: ⑤ 万 伍 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分)</p>					
医院填写	<p>疾病诊断及治疗费用情况: 患儿因反复下肢无力,皮疹6年,确诊I型干扰素病,住院治疗费用大,请帮助 4000元</p> <p>医师签名: [REDACTED] 2023年 5月 11日</p>					
	社会工作科意见:	<p>[REDACTED]</p> <p>负责人签名盖章: [REDACTED] 2023年 5月 13日</p>		<p>规划发展部意见:</p> <p>[REDACTED]</p> <p>负责人签名: [REDACTED] 2023年 5月 15日</p>		
<p>广东公益恤孤助学促进会审批意见: 同意救助但4323</p> <p>负责人(签名): [REDACTED] 年 月 日</p>						

2023.5.22.



# 廣東公益恤孤助學促進會

## Orphan Education Society Guangdong

### “重大疾病”病患救助款收据

病人姓名: 叶德卷	性别: 男	年龄: 17
病种: I型干扰素病	治疗医院: 广东省第二人民医院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 5,000 元（大写：人民币伍仟元整），将作为叶德卷的治疗费用。

受助人（监护人）: 叶福宁

电话: [REDACTED]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）: 郑少

电话: [REDACTED]

电话: [REDACTED]

经办人: 梁弋


电话: 13822279353

日期: 2023年6月8日

# 广东省第二人民医院

## 诊断证明书

证字第20230209Z934001号

姓名	叶德卷	性别	男	年龄	Y17	科别	风湿免疫科	住院号	490744
单位/地址	未提供								
病史及简要诊疗工作： 患者因“全身皮疹、双下肢乏力6年，再发1月。”于2023-02-06在我院住院治疗，入院后予以醋酸泼尼松抗炎，替普瑞酮护胃，沙利度胺及甲氨蝶呤调节免疫，托法替布等治疗。									
诊断意见：1. I型干扰素病（AGS7） 2. 甲状腺功能减退症 3. 肺动脉高压（轻型） 4. 双外耳炎 5. 左耳轻度感音神经性听力下降 6. 獭尾肝 7. 高尿酸血症 8. 低蛋白血症 9. 三尖瓣轻度反流									
处理意见： 门诊随访。									
广东省第二人民医院									
医师： 2023年 02月 09日									
									

# 证明

兹有我镇[REDACTED]村民叶福宁，其儿子叶德卷，男，身份证：[REDACTED]，患有多种疾病，多次住院治疗，至今未能康复，医疗费用很高。该村民家庭经济来源靠务农，收入低，因受到自然灾害影响，基本没有什么农业收入。望给予其经济救助。





