

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: 2024075

申请日期: 2024年1月23日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	王俊枫	男	2007.11.18		广东省		
	所患疾病	治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号	是否残疾
	非霍奇金淋巴瘤-T淋巴母细胞性淋巴瘤	广东省人民医院	2023年11月30日	20万	P2143350		<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例	<input type="checkbox"/> 新农合 50%	<input type="checkbox"/> 城镇居民 %	<input type="checkbox"/> 商业保险 %	<input type="checkbox"/> 其他保险 %	<input type="checkbox"/> 无		
病童家庭情况	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 2 名;		
	父亲 王增平	43岁	类风湿性关节炎		2、家庭年收入(不含政府补贴) 3万左右 元		
	母亲 黄筠敏	40岁	糖尿病		3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小车 4、家庭困难类型: <input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明		
申请救助理由(请详细描述)	<p>本人在镇内私人加工厂上班,月收入3000左右.现如今儿子患有非霍奇金淋巴瘤-T淋巴母细胞性淋巴瘤,在院治疗.需要费用30万左右.妻子患有糖尿病,需长期吃药治疗,患有鼻咽癌,结肠癌也需长期吃药治疗.还有一女儿上学要供养.收入低微,开支过大,入不敷出,负债累累.特向促进会申请救助,希望给予帮助,谢谢!</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 王增平 2024年1月24日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	<p>患儿在广东省人民医院确诊为T淋巴母细胞性淋巴瘤. T淋巴母细胞性淋巴瘤. 2期,中危. 目前在院治疗. 治疗费用大约30万元.</p> <p>医师签名: 张时 2024年1月23日</p>					
	医院意见(盖章):	<p>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)</p> <p>负责人签名: 张时 年 月 日</p>					
广东公益恤孤助学促进会意见:							
<p>同意救助 ¥ 20,000.00 元 (大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分)</p> <p>负责人签名: 高晓红 2024年3月11日</p>							



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

王頌湯愛心獎救助款收據

病童姓名: 王俊楓 性别: 男 年龄: 16
病种: 母细胞淋巴瘤 治疗医院: 广东省医学科学院, 广东省人民医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为王俊枫的治疗费用。

受助人 (监护人): 王增平

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年3月13日



疾病诊断证明书

编号: 1001Z810000003AU96DQ科室: 儿童血液科住院号(门诊号): P2143350姓名: 王俊枫 性别: 男性 年龄: 16岁入院日期: 2023-11-28出院日期: 2024-01-04

处理意见:

患儿因“咳嗽、咳痰2月，加重伴发热、黑朦1周”入院，30/11在介入科协助下行经皮纵隔穿刺活检，穿刺物病理结果考虑为非霍奇金淋巴瘤，结合免疫组化结果，诊断：（胸部）非霍奇金淋巴瘤，T淋巴瘤母细胞性淋巴瘤。4/12行骨髓穿刺，结果为：骨髓增生明显活跃，淋巴瘤细胞占8.0%，可见吞噬现象，请结合临床。诊断明确，4/12予环磷酰胺+激素减瘤治疗，9/12起行VDLD方案化疗，过程顺利。

诊断:

1. 非霍奇金淋巴瘤——T淋巴瘤母细胞性淋巴瘤；
2. 心包积液——大量；
3. 胸腔积液——右侧；
4. 肺炎；
5. 泌尿道感染；
6. 化疗后骨髓抑制；
7. 低纤维蛋白原血症

医嘱:

遵嘱服药，儿童血液肿瘤科随诊，追踪骨髓及CT结果，监测血常规变化，拟1月8日返院行CAM化疗；若有不适，及时就诊；科室联系电话：020-81884713转80311。

复诊建议:

医师:

张进芳日期: 2024年01月04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



陆丰市碣石镇公共服务办公室

证 明

王俊枫，男，身份证号码：
系我镇水朝社区低保
对象。

特此证明！

碣石镇公共服务办公室
2024年2月29日



