

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: 2024252

申请日期: 2024年5月8日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	张		男	2020.12			广东省吴川市	
	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
	淋巴瘤		中山一院	2024.1.25	30-40万			<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 40%	<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			
	父亲	张	38	良好				
	母亲	李	35	良好				
1、抚养18岁以下儿童 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>3-5万</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车 4、家庭困难类型: <input 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)	2024年1月,儿子张 在中山一院确诊弥漫大B细胞淋巴瘤,已经化疗3个月,医生预估费用30-40万,大儿子张 确诊急性播散性脑炎,在东莞人民医院前后住院16次,花费20多万,一个家庭两个重症儿童,妈妈没有工作,全靠爸爸打工维持,家庭属于低保户困难家庭,实在无力承担后期治疗费用,特申请救助,望基金会评估审批,非常感激! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 张 2024年5月8日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断弥漫大B细胞淋巴瘤,拟行造血干细胞移植,预计费用30万左右。 医师签名: 王冰 2024年5月9日 医院意见(盖章): 情况属实,请求救助。 建议给予医疗救助金 ¥ <u>30000.00</u> 元 (大写: <u>叁万</u> 仟 <u>00</u> 佰 <u>00</u> 拾 <u>00</u> 元 <u>00</u> 角 <u>00</u> 分) 负责人签名: 曹 中山大学附属第一 2024年5月11日 委员会							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>20,000.00</u> 元 (大写: <u>贰万</u> 仟 <u>00</u> 佰 <u>00</u> 拾 <u>00</u> 元 <u>00</u> 角 <u>00</u> 分) 负责人签名: 高 2024年5月20日								



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: 张 [redacted] 性别: 男 年龄: 3

病种: 弥漫大B细胞淋巴瘤 治疗医院: 中山大学附属第一院

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), 将作为张 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年5月27日



姓名: 张 [redacted] 科别: 儿科二科 床号: [redacted] 1 住院号: [redacted]

出院患者疾病证明书

姓名: 张 [redacted] 性别: 男 年龄: 3岁 出院科别: 儿科二科 住院号: [redacted]

入院日期: 2024年03月16日 出院日期: 2024年03月30日

出院诊断: 1. 弥漫大B细胞淋巴瘤(III期, 高危), 2. 恶性肿瘤化疗, 3. 化疗后骨髓抑制(IV级), 4. 胆汁淤积症, 5. 肝功能损害, 6. 鞘膜积液(左侧)

入院情况及诊疗经过: 患儿因“确诊弥漫大B细胞淋巴瘤1月余, 返院化疗。”入院, 查体: 发育正常, 营养中等, 神志清楚, 精神可。全身皮肤无黄染、皮疹及出血点, 全身浅表淋巴结未触及肿大。呼吸平顺, 心肺听诊未见异常。腹部平软, 右腹部切口愈合好, 未见红肿渗液, 无压痛及反跳痛, 未触及腹部肿块。肝脾脏肋下未触及。查血CRP 2.37mg/L, WBC $1.98 \times 10^9/L$, NEUT# $1.20 \times 10^9/L$, LY# $0.71 \times 10^9/L$, Hb 72g/L, PLT $81 \times 10^9/L$; PCT 0.32ng/mL, 流感A+B+肺炎支原体、心肌标志物组合、出、凝血常规未见异常。CREA 23umol/L, TBIL 10.9umol/L, ALT 52IU/L。入院后予护肝、升板等对症处理, 血象回升, 肝功能好转, 3-25予RAA方案化疗, 过程顺利, 3-29查血WBC $14.46 \times 10^9/L$, NEUT# $13.47 \times 10^9/L$, MO# $0.17 \times 10^9/L$, Hb 76g/L, PLT $1155 \times 10^9/L$; CREA 21umol/L, ALT 48U/L, TBIL 5.7umol/L, TBA 5.9umol/L; B超肝S2低回声病变较前减小, 大小约0.7*0.5cm, 现患儿一般情况可, 予出院。

医师:





核发单位：吴川市民政局

发证日期：2024/5/6

户主姓名：张

身份证号码：

低保证编号：

户主姓名	张	性别	男	
出生年月	1986年10月	职业	农民	
医保卡号		家庭人口	4	
居住地				
户籍地	市 县(市、区) 湛江 吴川 镇(街道) 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
	李	配偶		
	张	子		
	张	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：

