

## 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: 2025333

申请日期: 2025年 6月 16日

|                                                                                                 |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |                                                     |                                             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                            |                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 病童资料                                                                                            | 姓名                                                                                           |                                                                                                                                                                                                          | 性别                                                  | 出生年月                                        | 身份证号码                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 户籍所在地                      |                                                                  |
|                                                                                                 | 欧                                                                                            |                                                                                                                                                                                                          | 男                                                   | 2021.7.                                     |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 广东惠州市                      |                                                                  |
|                                                                                                 | 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                                                             |
|                                                                                                 | 急性混合细胞白血病                                                                                    |                                                                                                                                                                                                          | 中山一院                                                | 2025.4.8                                    | 50万                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                            | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 |
|                                                                                                 | 购买保险情况及报销比例                                                                                  |                                                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 <u>40</u> % | <input type="checkbox"/> 城镇居民 <u>    </u> % | <input type="checkbox"/> 商业保险 <u>    </u> % | <input type="checkbox"/> 其他保险 <u>    </u> %                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 无 | 残疾类型和级别:                                                         |
| 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 <u>1</u> 名;<br>2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>0</u> 元<br>3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>1</u> 辆小车<br>4、家庭困难类型:<br><input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明 |                            |                                                                  |
|                                                                                                 | 父亲                                                                                           | 欧                                                                                                                                                                                                        | 31                                                  | 良好                                          |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                            |                                                                  |
|                                                                                                 | 母亲                                                                                           | 黄                                                                                                                                                                                                        | 32                                                  | 良好                                          |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                            |                                                                  |
| 申请救助理由(请详细描述)                                                                                   |                                                                                              | <p>患者欧 今年4岁. 2025年4月确诊急性混合细胞白血病. 化疗两个月费用10多万. 后续还要化疗十期化疗骨髓移植, 总费用50万以上. 目前整个家庭无收入. 妈妈陪护爸爸送饭, 四处借钱治病. 实在无能力支付后期移植费用. 特向基金会求助, 希望领导审核评估. 帮帮我们小孩. 谢谢!</p> <p>本人保证上述情况完全真实.</p> <p>申请人签名: 欧 2025年 6月 16日</p> |                                                     |                                             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                            |                                                                  |
| 医院填写                                                                                            | 疾病诊断及治疗(费用): 患儿目前确诊急性混合细胞白血病(双克隆), 骨髓移植, 骨髓移植, 估计总费用50万以上<br>医师签名: 李小明 2025年 6月 25日          |                                                                                                                                                                                                          |                                                     |                                             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                            |                                                                  |
|                                                                                                 | 医院意见(盖章):<br>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)<br>负责人签名: 黄伟聪 2025年 6月 25日 |                                                                                                                                                                                                          |                                                     |                                             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                            |                                                                  |
| 广东公益恤孤助学促进会意见:<br>同意救助 ¥ 20,000.00 元 (大写: 贰万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分)<br>负责人签名: 2025年 7月 7日 秘书处 |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                          |                                                     |                                             |                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                            |                                                                  |



# 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: 欧 性别: 男 年龄: 3岁  
病种: 急性混合细胞性白血病 治疗医院: 中山大学附属第一医院

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), 将作为欧 的治疗费用。

受助人 (监护人): 欧

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 周其明

电 话: 18924052214

日 期: 2025年7月9日



中山大学 附属第一医院  
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

姓名：欧

科别：儿科二科

床号：

住院号

### 出院患者疾病证明书

姓名：欧 性别：男 年龄：3岁 出院科别：儿科二科 住院号

入院日期：2025年06月16日 出院日期：2025年06月30日

出院诊断：1. 急性混合细胞性白血病(B淋巴细胞白血病、髓系白血病，双克隆)，2. 恶性肿瘤维持性化学治疗，3. 化疗后骨髓抑制(IV级)，4. 肝功能损害，5. 趾甲沟炎，6. 肾结石(双侧，多发小结石)，7. 右侧隐睾，8. 脂肪肝(重度)，9. 左房左室扩大，10. 心包积液(微量)，11. 肥胖，12. 维生素D不足

入院情况及诊疗经过：入院查体：T：36.8℃，P：122次/分，R：26次/分，BP：88/56mmHg，身高：107.3cm(+1SD)，体重20kg(+2.5SD)，(BMI)：17kg/m<sup>2</sup>(P>97th)。神清、反应好，咽部无充血，心肺查体未见异常。腹平软，右中输尿管点无压痛，双肾区无叩击痛，膀胱无压痛，余查体未见异常。外生殖器无畸形，阴囊无水肿，左侧阴囊内触及一侧睾丸，右侧腹股沟处触及另一侧睾丸，A1 B1 PH1，睾丸容积约2ml，质中，无触痛，尿道口不红，未见异常分泌物。肢端暖，足背动脉搏动有力。入院查：血CRP 0.62mg/L，WBC 1.16×10<sup>9</sup>/L，NEUT 0.31×10<sup>9</sup>/L，Hb 67g/L，PLT 184×10<sup>9</sup>/L；Mg 0.65mmol/L，PHOS 1.59mmol/L，K 4.03mmol/L，Na 136mmol/L，CO2 23mmol/L，UREA 5.0mmol/L，CREA 28umol/L，ALB 33g/L，TBIL 28.3umol/L，ALT 128U/L；AT3 71.0%，PT 14.7秒，APTT 44.9秒；尿：红细胞 36个/uL，白细胞 92个/uL，尿粒细胞酯酶(2+)，尿蛋白(-)，尿隐血(2+)；急诊感染筛查组合未见异常。达化疗条件后按计划继续行第二轮诱导缓解CAM化疗，过程顺利。06-17行腰椎穿刺术，送检脑脊液常规、生化及找幼稚细胞未见异常。骨髓抑制期间合并趾甲沟炎，先后予伏立康唑(06-20至06-30)、头孢哌酮舒巴坦(06-24至06-30)抗感染治疗，甲沟炎较前好转。血象回升后，行(第2轮CAM后)骨髓穿刺术，送检骨髓涂片、骨髓Ig NGS、WT1定量，外周血WT1定量，结果未回。流式：未见免疫表型异常的幼稚髓系细胞及幼稚B淋巴细胞。住院期间合并肝功能损害，予护肝治疗后，复查肝酶较前下降。现患儿一般情况可，予出院。

医师：张晚莉 / 林红  
2025年07月01日  
儿科二科  
疾病诊断专用章

## 情况说明

兹有我辖区居民欧[REDACTED]男，汉族，身份证号：  
[REDACTED]，其儿子欧[REDACTED]，男，汉族，身份证号：  
[REDACTED]，患有急性混合细胞性白血病（B+髓），需  
要长期住院治疗，治疗费用巨大，欧[REDACTED]长期在医院照护欧[REDACTED]，  
无固定收入。

特此说明



