

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: 2026417

申请日期: 2026年 5月 7日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地			
	胡	男	2021.06.02		广东省海丰县			
	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	中山大学孙逸仙纪念医院	3月9号	40万左右		/	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别: /	
购买保险情况及报销比例	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 40-50%	<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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>2.5</u> 万元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>1</u> 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 type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明			
	父亲	胡	32	良好				
	母亲	黄	32	一般				
申请救助理由(请详细描述)	<p>本人家庭劳动力少,父母年迈,母亲是失明残疾人。育有一儿一女,男孩4岁,女孩3岁。男孩在4月份确诊非霍奇金淋巴瘤恶性肿瘤。孩子生病需要陪护不说高额医药费现在连家庭基本开支与温饱都成问题。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 胡 2026年 5月 7日</p>							
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): 患诊断为非霍奇金淋巴瘤(Burkitt淋巴瘤, R3组), 后确诊化疗, 可能必要时行移植治疗, 费用大约为40万元(肆拾万元)。</p> <p>医师签名: 林伟吟 2026年 5月 8日</p>							
	<p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ <u>3</u>万元 (大写: <u>3</u>万 <u>0</u>千 <u>0</u>百 <u>0</u>拾 <u>0</u>元 <u>0</u>角 <u>0</u>分)</p> <p>负责人签名: 林伟吟 2026年 6月 3日</p>							
<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ <u>30000</u>元 (大写: <u>叁</u>万 <u>零</u>千 <u>零</u>百 <u>零</u>拾 <u>零</u>元 <u>零</u>角 <u>零</u>分)</p> <p>负责人签名: 林伟吟 2026年 6月 15日</p>								



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

“菩及深呼吸共愈计划”病童救助专项 救助款收据

病童姓名: 胡	性别: 男	年龄: 5岁
病种: 非霍奇金淋巴瘤	治疗医院: 中山大学逸仙医院荔园院区	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为胡 的治疗费用。

受助人 (监护人): 胡

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林

电 话: 18924052214

日 期: 2026年6月17日

项目救助款由




太阳善及基金会

资助。

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:胡 性别:男 年龄:4岁9月 科室:儿科六区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:胡	住院号	出生地:广东省汕尾市海丰县
性别:男	年龄:4岁9月	科室:儿科六区(血液/肿瘤)
入院时间:2026-03-10		出院日期:2026-04-15
临床诊断:1.脓毒性休克; 2.化疗后骨髓抑制(IV°); (1) 贫血(IV度); (2) 粒细胞缺乏; (3) 血小板减少(IV度); 3.非霍奇金淋巴瘤(Burkitt淋巴瘤, III期, R3组); 4.急性肠炎 (腺病毒、轮状病毒); 5.肾上腺皮质功能不全; 6.急性胰腺炎; 7.上消化道出血; 8.小肠梗阻; 9.阑尾结石(粪石); 10.心功能不全; 11.凝血功能异常; 12.肝功能不全; 13.电解质紊乱 (低钾血症、低钙血症);		
治疗意见: 1、患儿目前体温稳定,肠炎二项已转阴,反复腹泻及低钾血症,转合作医院继续予美罗培南 (40mg/kg q8h 3/4-16/4)+替考拉宁(10mg/kg qd 4/4-17/4)抗感染,氢化可地松(20mg/次 q8h 15/4-16/4,10mg/次 q8h 17/4-19/4,20/4减停)替代治疗,辅以止泻、补钾补液等对症支持治疗。 2、注意事项: ①若白细胞 $1.0 \times 10^9/L$ 或中性粒细胞 $<0.5 \times 10^9/L$,口服预防感染药物:阿昔洛韦咀嚼片(0.4g/ 次 每日3次)、硫酸庆大霉素片(瑞贝克)(40mg/次 每日2次)、泊沙康唑肠溶片(100mg/次 首日每 日2次、后每日1次); ②若血红蛋白 $<70 \times 10^9/L$,血小板 $<20 \times 10^9/L$,予输注红细胞、血小板; ③若转氨酶升高 >2 倍正常值上限,予对症护肝治疗。 3、常规口服: 百炎净(复方磺胺甲噁唑片)每次0.48g 每周连服3天 每日2次; 碳酸氢钠片 每次0.5g 每周连服3天 每日2次(与百炎净同服)。 4、拟【2026-04-20】至南院完善肾图检查,3天后【2026-04-23】返院化疗,请提前致电儿科六区办 公室电话020-36997515预约床位。 6、出院后注意卫生,保持室内通风,防治感染,不适门诊随诊。		
记录日期:2026-04-15	医生: 	

海丰县可塘镇可塘社区居民委员会

家庭困难证明

兹有我社区居民胡 [] 身份证号 []

[] 家庭人口5人. 家庭年收入为2.5万元. 其子女胡 [] 身份证号 []

[] 患有非霍奇金淋巴瘤. 已在中山大学孙逸仙纪念花都医院接受治疗. 因孩子治疗费用支出高, 家庭经济负担重. 基本生活出现困难.

以上所述属实.

特此证明



