

广东公益恤孤助学促进会重症病童“一次救助”申请表（合作医院推荐）

编号: 2026609

申请日期: 2026 年 7 月 18 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	章		男	2013.01.25			安徽省宿州市灵璧县	
	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
	先天性主动瓣上狭窄、二尖瓣反流、三尖瓣关闭不全		陈宫人民医院	2024.6.26	40万		✓	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	
	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养 18 岁以下儿童 1 名;			
	父亲 章	45	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） 5万 元			
	母亲 余	41	健康		3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小车			
申请救助理由（请详细描述）	4、家庭困难类型: ☒ 村居委开具困难证明; ☒ 街镇开具困难证明; ☐ 困境儿童证明; ☐ 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明							
	本人 10 岁 2024.6.26 因先天性主动瓣上狭窄、二尖瓣反流、三尖瓣关闭不全首次住院手术，因为只有一人工作，母亲还需要赡养，从安徽到广州手术费用已花光积蓄。术后多次复查二尖瓣仍重度关闭不全确诊要置换机械瓣膜，与2026.6.11再次住院手术，术后高危ICU救治抗感染到现在为止35万了，此外借钱还欠住院费20多万，我们束手无策，为了孩子的生命请求基金会给予救助，万分感谢!!!							
	本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 章 2026 年 7 月 18 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 诊断二尖瓣关闭不全(重度)，6-20行二尖瓣机械瓣置换术+左心耳结扎术，术后予Bimo辅助抗感染、抗心律失常等治疗。预计费用40万元							
	医师签名: 黄柳健 2026 年 7 月 31 日							
	医院意见（盖章）: 怡心医院							
	建议给予医疗救助金 ¥ 30000.00 元（大写: 叁万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名: 林钧泽							
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥ 30,000.00 元（大写: 叁万元整） 负责人签名: 林钧泽 2026 年 8 月 1 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: 童	性别: 男	年龄: 13岁
病种: 先天性心脏病	治疗医院: 广东省人民医院	

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

受助人 (监护人): 童

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等): /

电 话: /

经办人: 阮依云

电 话: 18924052214

日 期: 2026年8月17日



疾病诊断证明书

科室: 儿科重症监护室 编号:
住院号(门诊号):
姓名: 童 性别: 男性 年龄: 13岁4月 床号:
入院日期: 2026-06-11 出院日期:
处理意见:

入院后完善术前准备及相关检查,明确诊断、排除手术禁忌,06-20行二尖瓣机械瓣膜置换术+左心耳结扎术+心包粘连松解术+心包修补术(心内缝合)治疗,术后入心外ICU二科监护治疗。7-1考虑术后低心排综合征,行ECMO治疗,辅以白蛋白扩容、成分血输注、抗凝、营养支持、抗感染、护胃、营养支持等对症治疗。07-07撤除ECMO。先后使用哌拉西林他唑巴坦、美罗培南,利奈唑胺抗感染治疗,7-19转PICU继续监护治疗,予抗心律失常、静脉补液、抗凝等处理。

诊断:

1. 二尖瓣关闭不全——重度; 2. 心房颤动; 3. 低心排综合征; 4. 急性肾功能不全; 5. 心力衰竭; 6. 先天性心脏病术后——主动脉瓣瓣上狭窄矫治术+二尖瓣成形术(瓣环+瓣叶)+三尖瓣成形术(瓣环+瓣叶)

医嘱:

继续重症监护治疗

复诊建议:

继续重症监护治疗



医师: 黄梅健

日期: 2026年08月03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

家庭情况说明

兹有患儿童 性别男，年龄 13 岁，是安徽省宿州市灵璧县灵城镇龙山社区居委会居民，（父亲：童 母亲：余 居民的儿子。目前因二尖瓣反流先心病术后再次住院，在广东省人民医院治疗，截至目前已产生治疗费用 308127.29，因治疗费用较高，家庭难以承担患儿全部医疗费用，鉴于其困境情况，望社会公益慈善组织能给予适当救助。

患儿父亲：童 身份证号：

患儿母亲：余 身份证号：

情况属实，特此证明。

情况属实
甘

居委会盖章：

经办人及联系电话：

2026.7.17

乡镇政府盖章：

经办人及联系电话：

2026 年 7 月 17 日

