版权归广东公益恤孤助学促进会所有

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：2026868[强对]及No.2[3]　　申请日期：2026 年 10 月 22 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	孙[redacted]	男	2019.05.23	[redacted]		广东省肇庆市	
	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
	神经母细胞瘤	中山大学附属第一医院	2025.12.28	60万	[redacted]	/	☑是 ☐否 残疾类型和级别：未评残
	购买保险情况及报销比例	☑新农合 50%70 %	☐城镇居民 ____ %	☐商业保险 ____ %	☐其他保险 ____ %	☐无	因肿瘤影响，不排除评残可能

病童家庭情况	姓名	年龄	健康情况	联系电话	
	父亲 孙[redacted]	33	良好	[redacted]	1、抚养 18 岁以下儿童 3 名； 2、家庭年收入（不含政府补贴） 0 元 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： ☐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
	母亲 林[redacted]	32	一般	[redacted]	

申请救助理由（请详细描述）

患儿家庭人口共七人，父母年迈体弱，已无劳动能力，奶奶常年瘫痪在床生活更不能自理，有两个刚上小学的姐姐需照顾，更不幸患儿罹患神经母细胞瘤复发并多处转移，因此我的夫妻二人无奈放下家庭和工作辗转多地医院为患儿治疗而无任何收入，前期为孩子的治疗早已倾尽所有，借遍亲友，债台高筑，后续的医疗费更让我们原本艰难的家庭陷入绝望，万般无奈唯向社会慈善机构寻求帮助，恳求相救！

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名：孙[redacted]　　2026 年 10 月 22 日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：目前主要诊断为：神经母细胞瘤（复发伴多处转移，伴多发骨、骨髓、脊髓转移）、截瘫、症状性癫痫、重症肺炎等，后续治疗费约30万元。

医师签名：[redacted]　　2026 年 10 月 22 日

医院意见（盖章）：情况属实，请予救助为盼

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）

负责人签名：[redacted]　　2026 年 10 月 23 日

广东公益恤孤助学促进会意见：

同意救助 ¥45,000.00 元（大写：肆万伍仟 ___ 佰 ___ 拾 ___ 元 ___ 角 ___ 分）

负责人签名：林钧泽　　2026 年 11 月 2 日

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：何[redacted]　性别：男　年龄：7岁6个月

病种：神经母细胞瘤　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45,000元（大写：人民币肆万伍仟元），将作为何[redacted]的治疗费用。

受助人（监护人）：何[redacted]

电　话：[redacted]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：/

电　话：/

经办人：[redacted]

电　话：18924052214

日　期：2016年11月3日

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

姓名：何 科别：儿科ICU 床号： 住院号：

住院患者情况说明

姓名：何 性别：男 年龄：7岁 科别：儿科ICU 床号： 住院号：

目前诊断：神经母细胞瘤(复发，综合治疗后，伴多发骨、骨髓、脊髓转移)
截瘫[双下肢瘫痪]
症状性癫痫
肺炎

入院情况及诊疗经过：患儿3年余前因腹痛发现左肾上腺占位，2023-12行左肾上腺肿物切除术，术后病理示神经母细胞瘤（分化差型），术后行CAV/CE方案化疗及放疗后结疗；2025-03出现前额肿块、眼球突出，PET/CT及骨髓检查提示颅骨及全身多发骨/骨髓转移，此后多线化疗及免疫治疗效果不佳；2026-09出现抽搐，腰穿脑脊液找到成堆肿瘤细胞，颅脑及全脊髓MRI示脑脊液广泛播散、脊髓及脊膜多发转移，伴脊髓内/椎管内出血、脑室少量积血及脑积水，临床出现双下肢及右上肢肌力减退；近期行全中枢放疗及伊立替康+替莫唑胺化疗，复查部分病灶稍退缩但仍广泛播散，治疗期间反复发热（Tmax 38.5℃）、骨髓抑制，胸部CT示肺部感染/实变及胸腔积液，10-19、10-20反复出现一过性血氧下降、呼吸困难（最低SpO_2 86%），经吸痰、吸氧后可回升但不稳定，病情危重，转入我科进一步诊治。

医师签名：
2026年10月22日

中山大学附属第一医院 儿科ICU 疾病诊断专用章

户主姓名	陈	性别	女
出生年月	1964-01	民族	汉
社保卡（医保卡）号码		家庭人口	1人
居住地址	肇庆市高要区		
户籍地址			
低保资金发放账号			

家庭成员情况	姓名	关系	月收入
	陈	本人	
	何	婆孙	

家庭成员照片	
核发单位 盖章 （注明：此处贴 小一寸照片）	核发单位 盖章 （注明：此处贴 小一寸照片）
姓名：	姓名：
核发单位 盖章 （注明：此处贴 小一寸照片）	核发单位 盖章 （注明：此处贴 小一寸照片）
姓名：	姓名：

家庭成员照片	
核发单位 盖章 （注明：此处贴 小一寸照片）	核发单位 盖章 （注明：此处贴 小一寸照片）
姓名：	姓名：
核发单位 盖章 （注明：此处贴 小一寸照片）	核发单位 盖章 （注明：此处贴 小一寸照片）
姓名：	姓名：

定期复核登记		
定期复核结果	经办人	复核时间
已复核		2025年11月5日

