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： 2026900　　申请日期：2026 年 9 月 23 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈	女	2013.4.9			广东省云浮市云城区	
	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
	T淋巴母细胞白血病高危组	广东省人民医院	2026年4月	40-50万		/	☐是 ☑否
	购买保险情况及报销比例	☑新农合 60%-70 %	☐城镇居民 ____ %	☐商业保险 ____ %	☐其他保险 ____ %	☐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
父亲	/	/	/	/
母亲	平	44	一般	

1、抚养 18 岁以下儿童 2 名；
2、家庭年收入（不含政府补贴） 1万 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

申请救助理由（请详细描述）

单亲妈妈独自抚养女儿，妈妈身体也不好，近一年做了两次手术。因女儿确诊白血病，目前在省人民医院进行治疗，病情稳定，妈妈已辞工，独自照顾女儿，彻底失去收入来源，且需独自承担女儿医疗陪护费用和日常基本生活开销。孩子爸爸早就另建立了家庭，对孩子不管不问，从未给过抚养费，孩子得重病也说妈妈是抚养人，必须是妈妈负责。面对巨大经济压力，本来不富裕的生活又雪上加霜，现负债累累，无力承担。

本人保证上述情况完全真实。
申请人签名：平　　2026年 9 月 23 日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：患儿诊断急性淋巴细胞白血病，在我院规律化疗，需要费用约 40万元。

医师签名：钟丽艳　　2026年 9 月 23 日

医院意见（盖章）：

建议给予医疗救助金 ¥ 35000 元（大写：伍万叁仟零佰零拾零元零角零分）

负责人签名：　　2026年 10 月 11 日

广东公益恤孤助学促进会意见：

同意救助 ¥ 35,000.00 元（大写：叁万伍仟 佰 拾 元 角 分）

负责人签名：林钧泽　　2026 年 11 月 9 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：陈		性别：女	年龄：13
病种：白血病		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 35,000 元（大写：人民币叁万伍仟元），将作为陈 的治疗费用。

受助人（监护人）：[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10日

广东省医学科学院 GUANGDONG ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES 广东省人民医院 GUANGDONG PROVINCIAL PEOPLE'S HOSPITAL

疾病诊断证明书

编号：[redacted]

科室： 儿童血液科　　住院号(门诊号)：[redacted]

姓名： 陈[redacted]　　性别： 女性　　年龄： 13岁4月

入院日期： 2026-08-10 10:57:18　　出院日期： 2026-09-14 15:04:31

处理意见：

入院完善相关检查，患儿有呕吐不适，血常规提示化疗后骨髓抑制，肝功提示肝酶升高，凝血功能提示低纤维蛋白原血症，予补液、护胃、止吐、护肝、升白、补充人纤维蛋白原等处理，患儿症状缓解，一般情况好。17/8起予Block II方案化疗（具体用药：Dex 8.5mg 静滴 17/8-21/8、VCR 1.9mg 静滴 17/8 21/8、MTX 6300mg 静滴 17/8、IFO 1000mg 静滴 q12h*5次 18/8-20/8、DNR 38mg 静滴 21/8、PEG-Asp 3150mg 肌肉注射 22/8），17/8行腰椎穿刺+椎管内注射化疗药物，脑脊液未见MRD细胞，过程顺利。化疗后骨髓抑制，先后出现急性胃肠炎、肺炎，经抗感染、升白、成分输血、止咳、雾化、调节胃肠等处理，骨髓抑制逐步恢复，感染控制良好，14/9复查骨髓穿刺，过程顺利，结果未出，一般情况好，予办理带药出院，嘱门诊随诊，定期返院治疗。

诊断：

1.恶性肿瘤维持性化学治疗；2.T淋巴母细胞白血病/淋巴瘤——IPNHLSS IV，高危组；3.呕吐；4.药物性肝损害；5.化疗后骨髓抑制；6.急性胃肠炎；7.低纤维蛋白原血症；8.肺炎

医嘱：

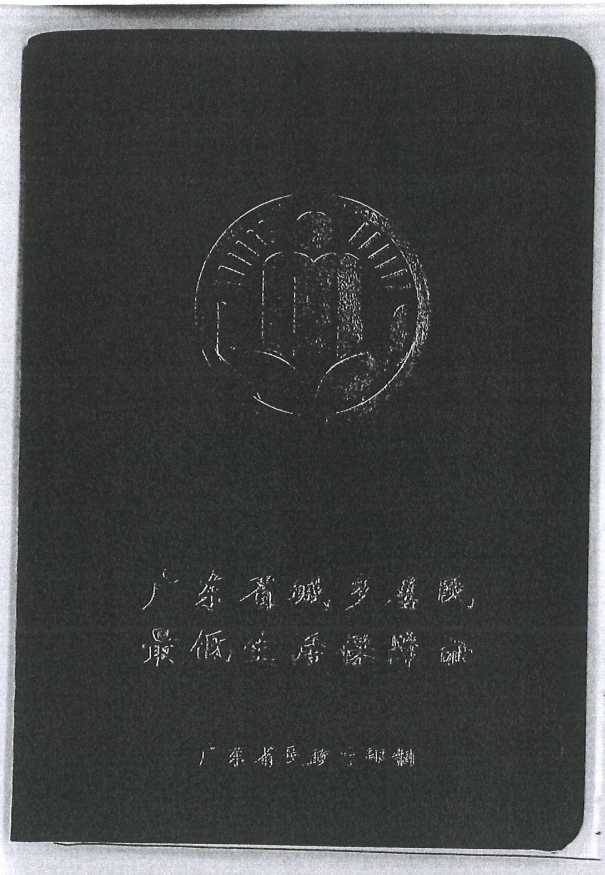
复诊建议：

医师： 钟明艳

日期： 2026-09-14 11:08:02

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.只做疾病证明，不得做其它证明使用

广东省人民医院 疾病诊疗专用章 (1)





核发单位：云浮市云城区思劳镇人民政府

发证日期：2026-09-01

户主姓名：[redacted]

身份证号码：[redacted]

低保证编号：[redacted]

户主姓名	[redacted]	性别	女性
出生年月	1982/10/7	民族	汉族
社保卡（医保卡）号码		家庭人口	2人
居住地址	[redacted]		
户籍地址	云城区思劳镇[redacted]		
低保资金发放账号	[redacted]		

家庭成员情况	姓名	关系	月收入
	[redacted]	本人	934元
	[redacted]	女儿	0元

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：


氧气
负压