

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2023572

申请日期: 2023 年 10 月 26 日

病童资料	姓名	徐梓琳		性别	女	
	出生年月	2015年1月28日		身份证号码	[REDACTED]	
	户籍所在地	广东省 [REDACTED] 市 [REDACTED] 区/镇				
	购买保险情况			☒ 新农合 报销比例: ____% ☐ 城镇居民 报销比例: ____% ☐ 商业保险 报销比例: ____% ☐ 其他____保险 报销比例: ____% ☐ 无		
	是否残疾	☐ 是 ☒ 否		残疾类型&级别	/	
	所患疾病	左侧颌颌叶恶性肿瘤		确诊时间	2023年4月27日	
	治疗医院	南方医科大学珠江医院		预估总费用	20万	
病童直系亲属资料	住院号	839163		ID 号	4797168	
	父亲姓名	徐文欢		年龄	37	联系电话 [REDACTED]
	是否残疾/患病	☐ 是 ☒ 否		残疾/患病类型	/	残疾级别 /
	母亲姓名	廖清白		年龄	33	联系电话 [REDACTED]
家庭人员 & 经济状况	是否残疾/患病	☐ 是 ☒ 否		残疾/患病类型	/	残疾级别 /
	抚养 18 岁以下儿童数量	1 名		固定资产	1 套房子 无 辆摩托 无 辆小车	
	家庭年度收入 (不含政府补贴)	0 元		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 ☒ 低保证明、低收入 (低保边缘) 证明、孤儿或事实孤儿证明	

申请 救助 理由	(可以从确诊初期、治疗情况、家庭经济状况、治疗费需求等方面进行说明。) 患儿于2023年4月底确诊左侧额顶叶恶性肿瘤,在珠江医院做了肿瘤切除手术,后续仍需放疗30次,化疗8-10个疗程及康复治疗,由于长期的治疗,治疗费用较高,家里还有两位老人要赡养,夫妻在医院照顾孩子,而导致家庭生活困难,无力承担高额治疗费用,所以向贵会申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: <u>廖清文</u> 2023 年 10 月 26 日
医院 填写	疾病诊断及治疗(预估费用): 患儿术后室管膜瘤,需定期返院化疗及复查,后续费用约20万元。 医师签名: <u>苏国平</u> 2023 年 10 月 26 日 建议给予医疗救助金 <u>30000</u> 元。 (大写: <u>叁</u> 万 <u>仟</u> 佰 <u>拾</u> 元 <u>角</u> <u>分</u>) 负责人签名: <u>[Signature]</u> 2023 年 10 月 27 日
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 <u>¥15000.00</u> 元。 (大写: <u>壹</u> 万 <u>伍</u> 仟 <u>佰</u> 拾 <u>元</u> <u>角</u> <u>分</u>) 负责人签名: <u>马晓红</u> 2023 年 11 月 27 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: 徐梓琳

性别: 女

年龄: 8

病种: (左)额顶叶恶性肿瘤 治疗医院: 南方医科大学珠江医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 15,000 元 (大写: 人民币 壹万伍仟元整), 将作为徐梓琳的治疗费用。

受助人 (监护人): 徐文欢

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): 黄顺河

电 话: [REDACTED]

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2023年11月29日

南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名：徐梓琳 科室：小儿神经外科儿科病区 床号：20 ID号：4797168 住院号：839163

科别：小儿神经外科儿科病区

入院日期：2023年04月27日

出院日期：2023年05月11日

检查结果：2023-05-04 病理大体标本摄影,手术标本检查与诊断,显微摄影术,全自动单独温控组化染色,会诊组织切片：镜下见瘤细胞弥漫片状分布,密集增生,瘤细胞边界不清,其间可见大量血管增生,可见瘤细胞围绕血管生长,呈菊形团样,胞浆淡红染,核呈圆形或卵圆形,染色质较细腻,核分裂象可见。免疫组化：瘤细胞GFAP(+),EMA(小灶点状+),CD56(+),S-100(部分核及胞质+),Syn(+),Neu-N(散在少许+),Olig-2(散在少许+),NSE(-),VIM(+),CK(-),CD34(-),MGMT约80%(+),IDH-1(-),INI-1(+),Nestin(+),ATRX(+),H3K27M(-),H3K27Me3(95%,+),EGFR(+++),P53(野生型表达),Ki-67热点区约20%(+),PTEN(-);BRAF-V600E(-)【Ventana自动染色机染色】;特殊染色：Ag染色示网状纤维(+).

(左侧额顶叶)结合组织学形态及免疫表型,符合幕上室管膜瘤,WHO 3级;建议加做分子检测指导治疗及预后评估。2023-05-05 (CT)三维重建,颅脑螺旋CT平扫(14层以上):左侧顶叶病变切除术后改变,左侧额颞部皮下多发积气;左侧额顶叶术区、左侧额部内板下少量积气;头颅软组织肿胀;中线结构稍向右偏移。

诊断意见:

1. 左侧顶叶室管膜瘤 (WHO:3级) ; 2. 脑疝 ; 3. 脑水肿

处理意见: 1. 注意休息,加强营养; 2. 保持切口干结,切口2-3天勿碰水; 3. 10天后返院行放化疗,不适随诊。

医生签名:

日期: 2023年05月11日

签发单位: (盖章)



核发单位：_____

发证日期：2023/10/1

户主姓名：廖清勾

身份证号码：_____

低保证编号：_____

-1-

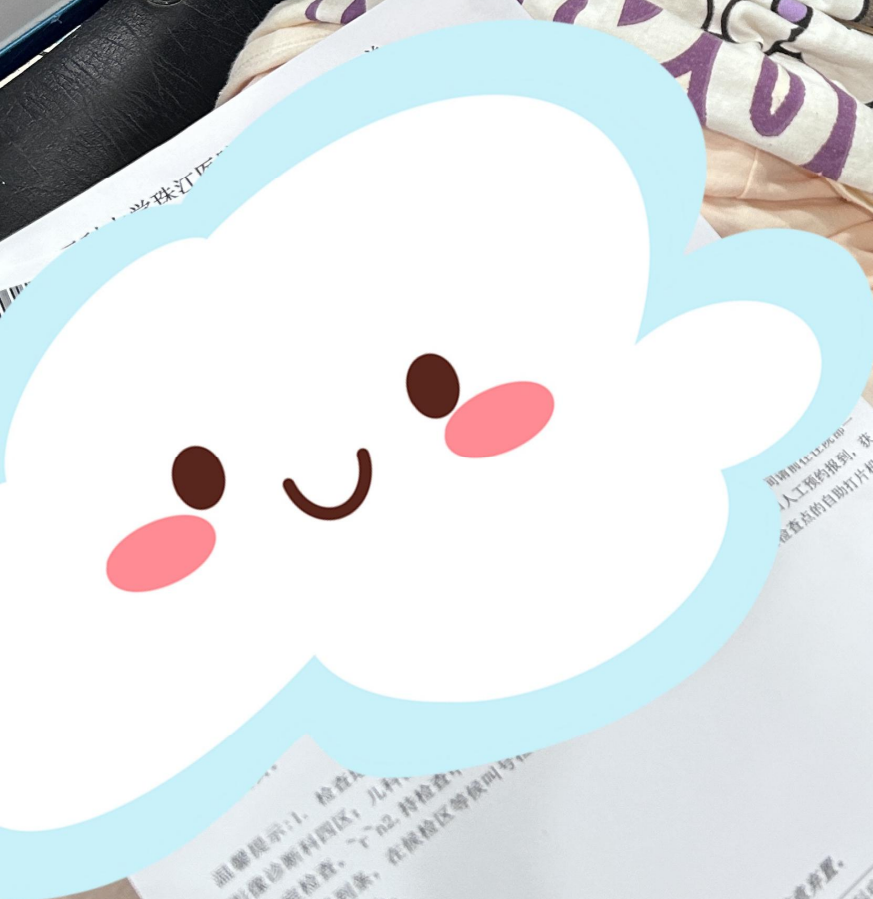
户主姓名	廖清勾	性别	女
出生年月	1990-01-28	职业	
医保卡号		家庭人口	3
居住地址	广东省 _____		
户籍地	_____ (区) _____ 乡镇(街道) _____ 村(居)委		
低保资金发放账号	_____		
家庭成员情况	姓名	关系	职业
	徐文欢	配偶	
	徐梓琳	母女	

-2-

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)	核发单位 盖章 注明：(此处贴小一寸照片)
姓名：_____	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)	核发单位 盖章 注明：(此处贴小一寸照片)
姓名：_____	姓名：_____	姓名：_____

-3-



温馨提示:1. 检查人
影像诊断科四区; 儿科、特检室、
核磁共振检查, 于n2. 特检室、
网络检查到来, 在候检区等候间与
扫码打印胶片。

请妥善保管, 不得随意丢弃。
科室: 小儿血液科四区

申请医生: 陈丽华 签名: 

请携带好胶片, 到
人工窗口报到, 获
取胶片的包即打开机上