

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: 2024093

申请日期: 2024年3月1日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	庞大龙		男	2009年10月21日			广西	
	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
	骨髓增生异常综合征		中山大学附属第一医院	2023.01	50-60万	1244899		☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 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 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 3到4万 元 3、固定资产: 一套房子; 一辆摩托车; 无 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		
	父亲	庞光岩	44	一般				
	母亲	陆建美	44	一般				
申请救助理由(请详细描述)		患儿庞光岩身份证 来广西, 五年前因发现面色苍白至广西医科大学第一附属医院诊断为再生障碍性贫血, 后一直靠药物和输血治疗, 期间又多地医院用药治疗, 效果不明显, 于2023年11月2日今在中山大学附属第一医院住院治疗, 诊断为: 骨髓增生异常综合征等病, 经过用药治疗并进行骨髓移植手术, 由于治疗过程长, 治疗费用开销庞大, 现家庭已非常困难, 请求得以社会公益救助为盼。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 庞光岩 2024年3月1日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿为先天性骨髓造血衰竭, 骨髓造血干细胞移植, 并发生肺部感染及感染。治疗费用昂贵, 约需30万人民币。 医师签名: 黄少卿 2024年3月4日							
	医院意见(盖章): 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: 杨宝林 2024年3月5日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰万伍仟零佰零拾元零角零分) 负责人签名: 高晓红 2024年3月18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: 龐大龍 性别: 男 年龄: 14
病种: 骨髓增生異常綜合症 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院 转院到
广州市荔湾区人民医院.

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元整), 将作为龐大龍的治疗费用。

受助人 (监护人): 龐光君

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 周其钢

电 话: 13822279353

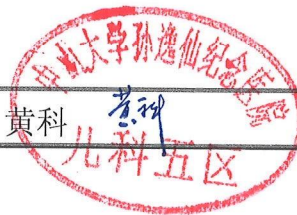
日 期: 2024年3月21日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:庞大龙 性别:男 年龄:14岁 科室:儿科五区(过渡区) 床号:11 住院号:1244899

姓名:庞大龙	住院号:1244899	出生地:广西
性别:男	年龄:14岁	科室:儿科五区(过渡区)
入院日期:2023年11月15日 16时		住院中
临床诊断:1、9/10HLA相合造血干细胞移植术后2、骨髓增生异常综合征/范可尼贫血造血干细胞移植术后;3、IV度急性移植物抗宿主病(下消化道4级);4、出血性膀胱炎(BK病毒感染)(III级);5、口腔黏膜炎(4级);6、上消化道出血;7、呼吸道感染;8、消化道感染(轮状病毒、腺病毒感染);9、继发性高血压;10、消瘦;11、低白蛋白血症		
治疗意见:继续住院治疗。		
记录日期:2024-03-04 12:40		医生:黄科



广州市荔湾区人民医院

出院诊断证明

姓名: 庞大龙 性别: 男 年龄: 14岁 病区: 小儿血液 床号: 1908 住院号: 123779

入院日期: 2024-03-19 出院日期: 2024-03-20 住院天数: 1天 转归: 未愈

入院诊断: 1. 医疗照顾, 其他特指的 (Z51.800) 2. 9/10HLA相合无关供者外周造血干细胞移植 (Z94.800x012) 3. 骨髓增生异常综合征/范可尼贫血造血干细胞移植术后 (D46.900) 4. 急性移植物抗宿主病 (下消化道4级) (T86.000x001) 5. 口腔黏膜溃疡 (K12.109)

出院诊断: 1. 医疗照顾, 其他特指的 (Z51.800) 2. 9/10HLA相合无关供者外周造血干细胞移植 (Z94.800x012) 3. 骨髓增生异常综合征/范可尼贫血造血干细胞移植术后 (D46.900) 4. 急性移植物抗宿主病 (下消化道4级) (T86.000x001) 5. 口腔黏膜溃疡 (K12.109)

手术/操作名称: -

手术/操作日期: -

医保类型:

☐ 城镇职工医保 ☐ 城镇居民医保 ☐ 市公费医疗 ☐ 区公费医疗 ☐ 省外异地医保 ☐ 普通生育保险
☐ 省内异地医保 ☐ 严高危妊娠 ☐ 工伤保险 ☐ 指定手术单病种 ☐ 人工晶体单病种 ☐ 急诊留观
☒ 自费 ☐ 阴式分娩 (分娩镇痛) ☐ 严高危妊娠 (分娩镇痛)

医师签名:

黄秋明

住院部

儿科专用章

证明

兹证明 庞大龙 (身份证号码: 310105198408100012),

家庭住址: _____)

为农村低保救助对象。

开始享受日期为：2017年09月01日

该证明开具日期为2023年12月07日，自开具日期起有效期为6个月。

吞盘乡人民政府

2023年12月07日

