

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: 2024185

申请日期: 2024年 4月 17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	2014.8.30			广东省	
	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 截瘫		中山大学附属第一医院	2024年1月13日	503			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 40%	☐ 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 3 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 无固定收入 元 3、固定资产: 一套房子; 一辆摩托车; 一辆小车 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 陈	42	良好					
母亲 黄	38	良好						
申请救助理由(请详细描述)	我们一个农村穷苦家庭没有经济来源,加上现在小孩重病直接累垮,根本无能力去支付现在后期昂贵的医药费用,望你们给予救助我们痛苦一家! 在此深表感谢!							
本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2024年 4月 17日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 神经母细胞瘤, 截瘫, 手术(脊髓神经束移植), 术后化疗, 放疗及康复治疗 30-50万 医师签名: 2024年 4月 17日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥30000 元 (大写: 叁万 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 黄佳聪 2024年 4月 17日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥15,000.00 元 (大写: 壹万 伍仟 一 佰 一 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 马晓红 2024年 4月 22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: 10岁
病种: 神经母细胞瘤截瘫 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 15,000 元 (大写: 人民币壹万伍仟元整), 将作为陈 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年4月26日



姓名：陈

科别：小儿外科

床号：

住院号：

住院患者情况说明

姓名：陈 性别：女 年龄：9岁 科别：小儿外科 床号： 住院号：

目前诊断：腹膜后神经母细胞瘤
截瘫

入院情况及诊疗经过：入院后完善检查，CT:1. 腹膜后软组织肿块，结合病史可符合神经母细胞瘤；腹膜后淋巴结增大，未除外转移，双侧髂血管旁淋巴结稍大，意义待定。 2. 胸7椎体轻度变扁并高密度灶，胸11椎体轻度变扁，必要时完善相关MRI检查。 3. 膀胱壁可疑增厚（充盈欠佳），意义待定，必要时复查或进一步检查。 4. 盆腔少许积液。 5. 左肺上叶尖后段磨玻璃结节，建议复查。 超声造影提示：腹膜后病变，考虑神经母细胞瘤。肿块包绕腹主动脉及双侧肾动脉、左侧肾静脉，左侧肾动、静脉管壁高回声不连续，考虑受侵犯。2024-04-07全麻下行“剖腹探查、腹膜后神经母细胞瘤切除、腹膜后淋巴结清扫、腹腔血管探查术”，手术过程顺利，现患儿继续住院治疗中。

医师签名： 2024年04月08日
疾病诊断专用章

雷州市乌石镇文堂村民委员会

证 明

兹有我村委会文堂村村民陈 [REDACTED] 男，身份证号码 [REDACTED]，无固定工作，家庭经济靠务农为主，经济收入单一微薄，现因女儿陈 [REDACTED] 患恶性肿瘤住院治疗致家庭经济困难，负债累累。望有关单位给予救助。情况属实！

特此证明

雷州市乌石镇文堂村委会

2024 年 1 月 22 日



