

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: 2024228

申请日期: 2024年 2月 19日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	朱		男	2018年01月15日			广西贺州	
	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		中山大学附一	2023-06-27	50万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 45%	☐ 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) 38000 元 3、固定资产: 自建房子; 2 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	朱	36	正常				
	母亲	潘	38	正常				
申请救助理由 (请详细描述)		现因儿子重病要照顾, 无法工作, 只有他爸爸收入微薄, 还需要巨额费用, 导致生活困难, 难以承担巨额的医疗费用, 恳请广东公益恤孤助学促进会帮助, 谢谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 潘 2024年 2月 19日						
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 确诊神经母细胞瘤, 高危, 需化疗, H507 化疗 6 疗程, 费用约 80万。 医师签名: 李永明 2024年 2月 19日							
	医院意见 (盖章): 情况属实, 请救助。 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万 零 零 拾 零 元 零 角 零 分)							
	负责人签名: 黄佐聪 2024年 2月 19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 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 马晓红 2024年 2月 26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: 朱 [redacted] 性别: 男 年龄: 6岁
病种: 神经母细胞瘤(高危) 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), 将作为朱 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 潘 [redacted]

电 话: [redacted]

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 5月14日



姓名：朱

科别：儿科二科

床号：

住院号：

出院患者疾病证明书

姓名：朱 性别：男 年龄：5岁 出院科别：儿科二科

住院号：

入院日期：2024年01月10日 出院日期：2024年02月12日

出院诊断：1. 神经母细胞瘤(高危), 2. 自体外周血造血干细胞移植术后, 3. 恶性肿瘤化疗, 4. 化疗后骨髓抑制(IV级), 5. 口腔炎(III级), 6. 消化道出血, 7. 腹泻病, 8. 手足搐搦症, 9. 电解质紊乱 1) 低钾血症 2) 低钙血症 3) 低镁血症, 10. 左室扩大, 11. 肺结节(双肺), 12. 生长迟缓(中度), 13. 体重低下(中度), 14. 听力下降, 15. 屈光不正(ou)

入院情况及诊疗经过：入院后01-18起予“Bu 1.1mg/kg/次 Q6h (d-7~d-5) + 托泊替康2mg/m² QD (d-6~d-4) + TT 5mg/kg/次 Q12h (d-4) + Me1 70mg/m² QD (d-3~d-2)”方案预处理化疗，并予阿米福汀保护正常细胞、前列地尔+优思弗+肝素钠预防VOD、左乙拉西坦预防癫痫等对症治疗。01-25行自体外周血造血干细胞移植，回输外周血干细胞203.9ml (活性CD34+细胞约4.7×10⁶/kg, 单个核细胞数量4×10⁸/kg)，患儿输注过程中出现血压升高，血压最高143/103mmHg，予口服心痛定后好转。d+3起予特比澳升血小板，d+5予津优力升白。d+11中性粒细胞植入，d+12血小板植入。住院期间患儿反复腹痛，呕吐血性及咖啡色胃内容物，考虑消化道出血，予禁食、止呕、静脉营养支持、奥美拉唑及谷氨酰胺护胃、输注血小板、新鲜冰冻血浆、冷沉淀等治疗后好转。住院期间合并骨髓抑制(IV度)、口腔炎3级、腹泻、手足搐搦症、电解质紊乱(低钾血症、低镁血症、低钙血症)等，先后予万古霉素(01-17~01-18，因过敏停用)、美罗培南(01-18~01-29, 01-31~02-09)、左氧氟沙星(01-21~01-29, 02-02~02-09)、替加环素(01-29~01-31)、头孢他啶(01-29~01-30)、厄他培南(01-30~01-31)、替考拉宁(静脉01-31~02-09, 口服02-02~02-08)抗感染，米开民(01-19~02-09)预防真菌感染，更昔洛韦、阿昔洛韦防治病毒感染，左乙拉西坦防治癫痫、力月西镇静、补钙、维持电解质酸碱平衡及营养支持、IVIG提高免疫力等处理后好转。现患儿一般情况可，予出院。

医师：



证明

兹证明 朱 (身份证号码:),

家庭住址: 广西

家庭为农村低保救助对象家庭。

开始享受日期为: 2024年01月01日

该证明开具日期为2024年01月05日, 自开具日期起有效期
为6个月。

家庭成员列表

序号	姓名	身份证号	享受月份	开始享受时间
1	朱		01月	2024年01月01日



