

# 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: 2024436

申请日期: 2024年7月25日

|                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                            |                                             |                                 |                                 |                                 |                            |       |                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------|
| 病童资料                                                                                                                                                                                                                                                          | 姓名                                                                                         |                                             | 性别                              | 出生年月                            | 身份证号码                           |                            | 户籍所在地 |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                               | 张                                                                                          |                                             | 女                               | 2007.12                         |                                 |                            | 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                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                               | 急性淋巴细胞白血病                                                                                  |                                             | 市附一                             | 2024.2.20                       | 60万                             |                            |       | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br>残疾类型和级别: |
| 购买保险情况及报销比例                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 45% | <input type="checkbox"/> 城镇居民 % | <input type="checkbox"/> 商业保险 % | <input type="checkbox"/> 其他保险 % | <input type="checkbox"/> 无 |       |                                                                              |
| 病童家庭情况                                                                                                                                                                                                                                                        | 姓名                                                                                         |                                             | 年龄                              | 健康情况                            | 联系电话                            |                            |       |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                               | 父亲                                                                                         | 张                                           | 43                              | 正常                              |                                 |                            |       |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                               | 母亲                                                                                         | 张                                           | 40                              | 正常                              |                                 |                            |       |                                                                              |
| 1、抚养 18 岁以下儿童 3 名;<br>2、家庭年收入（不含政府补贴） 50000 元<br>3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小车<br>4、家庭困难类型:<br><input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 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）<br>小孩张 确诊白血病目前花费20多万,妈妈陪护没有收入,家中还有两个孩子,后期还要做骨髓移植,估计费用60-70万,还要抗排斥费用无法预估,家里实在无力承担,特向基金会求助,望领导审批,感激不尽!<br><br>本人保证上述情况完全真实。<br>申请人签名: 张 2024年7月25日                                                                                                |                                                                                            |                                             |                                 |                                 |                                 |                            |       |                                                                              |
| 医院填写                                                                                                                                                                                                                                                          | 疾病诊断及治疗（费用）: 患IV诊断“难治性急性淋巴细胞白血病（B1V,高危,EBF1::PDGFRB阳性）”,后续需局骨髓造血干细胞移植治疗,预计费用50万元~100万元(化疗) |                                             |                                 |                                 |                                 |                            |       |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                               | 医师签名: 李欣成 2024年7月25日                                                                       |                                             |                                 |                                 |                                 |                            |       |                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                               | 医院意见（盖章）:<br>建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 叁万 零 仟 零 拾 零 元 零 角 零 分）<br>负责人签名: 黄晓聪 2024年7月26日      |                                             |                                 |                                 |                                 |                            |       |                                                                              |
| 广东公益恤孤助学促进会意见:<br><br>同意救助 ¥ 15,000.00 元（大写: 壹万 伍仟 佰 拾 元 角 分）<br>负责人签名: 高晓红 2024年8月12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: 张 性别: 女 年龄: 16  
病种: 急性淋巴细胞白血病 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), 将作为张 的治疗费用。

受助人 (监护人): 张

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8月14日



姓名：张

科别：血液内科一区

床号：

住院号：

### 住院患者情况说明

姓名：张 性别：女 年龄：16岁 科别：血液内科一区 床号： 住院号：

目前诊断：急性淋巴细胞白血病（B细胞性）

肺部感染

不完全性肠梗阻

副脾

入院情况及诊疗经过：主因“咳嗽、咳痰伴乏力2周余”于2024-1-25入院，入院后完善相关检查：血常规五分类[CBC+DIFF]：白细胞WBC  $99.11 \times 10^9/L$  ↑，中性分叶粒细胞NEUT% 0.030 ↓，血红蛋白Hb 103g/L ↓，PLT  $12 \times 10^9/L$  ↓；【骨穿】：见90.5%原始细胞，符合急性淋巴细胞白血病骨髓象。【流式】：异常幼稚B淋巴细胞比例约为91.5%，免疫表型符合B-ALL；NK细胞免疫表型大致正常；【基因】：JAK2(V617F)基因突变检测：阴性(完全野生型)；BCR/ABL基因：阴性。IGH重排检测结果：阴性。胸部CT平扫：1.双肺多发炎症，建议治疗后复查。2.双侧锁骨上窝、双侧腋窝、左侧肋部增大淋巴结。3.肝脾大。腹部彩超：脾大。入院后患者发热，热峰37.5℃，伴咳嗽、咳痰，外院胸部CT示双肺炎症，左下肺为著伴实变，予美平+泊沙康唑经验性抗感染治疗。患者明确诊断为急性淋巴细胞白血病（B细胞性），2024-1-26暂予VDP方案治疗，1-29基因回报提示BCR/ABL基因阴性，予培门冬酶化疗。2-4患者诉腹痛腹胀，未有大便，有排气，完善腹部平片示不完全肠梗阻，予禁食不禁药、灌肠、静脉营养、加用益生菌改善肠道菌群等对症处理，化疗后患者出现粒缺，予升白处理，予输注血小板、纤维蛋白原、新鲜冰冻血浆。现患者处于化疗后骨髓抑制期，需继续住院进一步治疗。



# 五华县棉洋镇黎洞村民委员会

证明

并有

主村民张

男. 身份证号

其女儿张

女. 身份证号:

现患

急性淋巴细胞白血病. 现在广州市中山大学附属第一医院治疗. 近期  
做骨髓移植. 其治疗费用巨大. 因家庭经济困难. 望有关部门及人事给  
予帮助为盼.

特此证明

张

张



