

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: 2024469

申请日期: 2024年8月16日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	蔡		男	2023.05			陈静	
	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
	嗜血细胞综合征 脑炎		珠江医院	2024.8.8	30万			☐ 是 ☒ 否
	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	残疾类型和级别:
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 <u>4</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>5万</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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	蔡	46	良好				
	母亲	罗	39	良好				
申请救助理由(请详细描述)	患儿蔡 确诊出嗜血细胞综合征和脑炎等问题,家庭就父亲一个人打工,家里4个孩子需要抚养,其中2个读书,患儿后续要长期治疗,现在住院都是借的钱,根本无法承担后续高昂治疗费 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 蔡 2024年8月16日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 蔡俊佑,因反复发热入院,目前诊断:1.嗜血细胞综合征.2.脑炎.3.细菌感染.4.肝功能损害.5.低蛋白血症.预计住院费用约20万元.							
	医师签名: 李 2024年8月9日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元 (大写: 贰万 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 2024年8月19日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 20000.00 元 (大写: 贰万 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 2024年8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: 蔡 [redacted] 性别: 男 年龄: 1岁3个月

病种: 嗜血细胞综合征 治疗医院: 珠江医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为蔡 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 蔡 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年8月28日

诊断证明书

姓名: 蔡

科室: 重症医学科八病区

床号:

ID号:

住院号:

科别: 重症医学科八病区

入院日期: 2024年08月05日

检查结果: 颅脑MR: 1. 大枕大池, 余颅内MRI平扫+增强扫描及MRA未见异常; 2. 双侧乳突炎
脑电图: 同年龄组异常脑电图 痫样放电 背景活动正常。铁蛋白(Ferritin) 3329.0 $\mu\text{g/L}$ $\uparrow$; 纤维蛋白
原(Fg) 1.41g/L $\downarrow$; EB病毒DNA定量(EB-DNA) 7.09E+03(阳性)拷贝/ml, 巨细胞病毒DNA定量(CMV-DNA)
<5.00E+02(阳性)拷贝/ml; (脑脊液) EB病毒DNA定量(EB-DNA) 5.32E+03(阳性)拷贝/mL;

诊断意见: 1. 嗜血细胞综合征 2. 脑炎 3. EB病毒感染 4. 肝功能异常 5. 癫痫持续状态 6. 肺炎 7. 中度贫
血 8. 低蛋白血症

处理意见: 住院治疗。

医生签名:

日期: 2024年08月08日

签发单位: (盖章)

证 明

兹有我村[REDACTED]村民蔡[REDACTED]，男，身份证号：

[REDACTED]，其子蔡[REDACTED]，男，身份证号：

[REDACTED]患嗜血细胞综合症，脑炎，在南方医科大学珠江医院治疗，现需大额治疗费。

该家庭只有蔡[REDACTED]本人一人务工，妻子罗[REDACTED]在家照顾小孩，家庭收入微薄，现家中经济陷入困境，经村委会干部核实，情况属实。

特此证明

乳源瑶族自治县大桥镇岩口村民委员会

2024年8月12日

村民委员会

