

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: 202460

申请日期: 2024年9月20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	2018.6.28			广东省潮州市	
	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
	非霍奇金淋巴瘤-高危组		广东省人民医院	2024.4.28	30万			☐ 是 ☒ 否
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 60 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	残疾类型和级别:
	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) 30000 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 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			
申请救助理由(请详细描述)	父亲	蔡	35	健康				
	母亲	陆	35	健康				
因儿子蔡 突发重病淋巴瘤,并且为高危,我们夫妻无奈放弃工作到医院照顾小孩,家里还有一双父母和一个小孩需要照顾,使原先并不富裕的家庭现已没了收入,存款也已经耗尽,只能寻求社会的帮助 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 蔡 2024年9月20日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断为“非霍奇金淋巴瘤”高危组。目前化疗治疗中,预计治疗费用约20万人民币。							
	医师签名: 叶江 2024年9月20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: 2024年 月 日								
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥ 20,000.00 元 (大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分)								
负责人签名: 2024年10月14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	性别: 男	年龄: 6岁
病种: 非霍奇金淋巴瘤	治疗医院: 省人民医院惠福分院	

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），将作为蔡的治疗费用。

受助人（监护人）: 蔡

电 话:

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10月18日



疾病诊断证明书

科室: 儿童血液科 编号: 0
姓名: 蔡 性别: 男性 年龄: 6岁1月 住院号(门诊号):
入院日期: 2024-07-29 出院日期: 2024-08-15
处理意见:

患者因“确诊B淋巴母细胞淋巴瘤3月余, 返院治疗”入院。入院后完善相关检查, 予以Block-I方案化疗。30/7腰穿及鞘内注射治疗, 脑脊液生化、常规检查大致正常, 涂片及MRD未见幼稚细胞。化疗后出现骨髓抑制、予以G-CSF促粒细胞分化成熟、成分输血等治疗, 患儿血象恢复, 今日出院。

诊断:

1. 恶性肿瘤维持性化学治疗; 2. 非霍奇金淋巴瘤——B淋巴母细胞瘤 高危组; 3. 化疗后骨髓抑制

医嘱:

门诊监测血常规, 定期返院化疗(预约电话020-81884713-80311)。

复诊建议:

医师:

周泽



日期:

2024年09月01日

注:

1. 加盖疾病诊疗专用章后方可生效, 遗失不补
2. 涂改无效
3. 只作疾病证明, 不得作其它证明使用

情况说明

兹有本村居民蔡 [REDACTED]，男，2018 年 6 月 28 日出生，身份证号码 [REDACTED] 户籍地址:广东省潮州市 [REDACTED]

该人员患有非霍奇金淋巴瘤——B 淋巴母细胞淋巴瘤、化疗后骨髓抑制、急性上呼吸道感染，低蛋白血症，目前正在治疗中。家庭人口共 4 人，分别为其父亲蔡 [REDACTED] (身份证号码 [REDACTED]) 母亲陆 [REDACTED] (身份证号码 [REDACTED]) 胞姐蔡 [REDACTED] (身份证号码 [REDACTED]) 现为在校学生。以上家庭人员均无固定职业，经济收入低，生活困难，情况属实。



