

附件 4:

广东省第二人民医院  
“重大疾病”病患救助申请表

编号: 2024669 (省二医 - 一米阳光儿童)

申请日期: 2024 年 11 月 6 日

|                                                              |                                                                                        |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |       |           |      |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|------|
| 病人资料                                                         | 姓名                                                                                     | 性别                                                                                                                                                                                               | 出生年月                                                                                                                                                               | 身份证号码 | 户籍所在地     |      |
|                                                              | 张                                                                                      | 女                                                                                                                                                                                                | 2008.11                                                                                                                                                            |       | 广东省潮州市    |      |
|                                                              | 参加医保情况                                                                                 |                                                                                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 城镇居民 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 无 报销比例: 55% |       |           |      |
|                                                              | 所患疾病                                                                                   |                                                                                                                                                                                                  | 治疗医院                                                                                                                                                               |       | 预计医疗费用    |      |
|                                                              | 霍奇金淋巴瘤                                                                                 |                                                                                                                                                                                                  | 广东省第二人民医院                                                                                                                                                          |       | 60万 30万   |      |
| 病人直系亲属资料                                                     | 姓名                                                                                     | 性别                                                                                                                                                                                               | 年龄                                                                                                                                                                 | 与患者关系 | 就业及收入情况   | 联系电话 |
|                                                              | 吴                                                                                      | 女                                                                                                                                                                                                | 47                                                                                                                                                                 | 母女    | 农民 1.5万/年 |      |
|                                                              | 张                                                                                      | 男                                                                                                                                                                                                | 47                                                                                                                                                                 | 父女    | 农民 1.5万/年 |      |
| 申请救助理由                                                       |                                                                                        | 因患霍奇金淋巴瘤一年有余,现治疗了大概20多次,大约花费了60多万,其中药物花销较大,较贵的药物需自费,无法报销,后续治疗费用缺口巨大,家里仅靠父母种植农务来抚养爷爷奶奶和三个小孩,后现患病治疗欠款30万以上,后续治疗费本人保证上述情况完全真实。<br>用一筹莫展,家中仅靠父母的微薄收入不足以支撑到治疗结束,现寻求基金会帮助。<br>申请人签名: 张 2024 年 11 月 6 日 |                                                                                                                                                                    |       |           |      |
| 医院填写<br>(或提供医院诊断书、病历、费用等证明材料)                                | 疾病诊断及治疗(费用): 霍奇金淋巴瘤. 费用约60万。                                                           |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |       |           |      |
|                                                              | 医师签名: 王 2024 年 10 月 31 日                                                               |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |       |           |      |
|                                                              | 医院意见:<br>建议给予医疗救助金15000元。<br>(大写: 壹万 伍仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分)<br>负责人签名: 2024 年 11 月 8 日 |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |       |           |      |
| 广东公益恤孤助学促进会审批意见:<br>同意救助壹万伍仟元。<br>负责人(签名): 苗 2024 年 12 月 2 日 |                                                                                        |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |       |           |      |



# 廣東公益恤孤助學促進會

## Orphan Education Society Guangdong

### “重大疾病”病患救助款收据

病人姓名: 张 [redacted] 性别: 女 年龄: 16岁  
病种: 霍奇金淋巴瘤 治疗医院: 广东省第二人民医院

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 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 吴 [redacted]  
电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [redacted]

电 话: [redacted]  
经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2014年12月4日

广东省第二人民医院

诊断证明书

证字第202411288649001号

|    |   |    |   |    |     |    |     |     |  |
|----|---|----|---|----|-----|----|-----|-----|--|
| 姓名 | 张 | 性别 | 女 | 年龄 | Y16 | 科别 | 血液科 | 住院号 |  |
|----|---|----|---|----|-----|----|-----|-----|--|

**病史及简要诊疗工作：**  
患者因“诊断霍奇金淋巴瘤1年余。”于2024-11-27在我院住院治疗,入院后行免疫、靶向治疗。

**诊断意见：**  
1.霍奇金淋巴瘤（结节硬化型） 2.自体造血干细胞移植治疗后 3.脾大 4.肝囊肿 5.肺结节 6.免疫缺陷 7.免疫抑制宿主性肺炎 8.曲霉菌性肺炎 9.高尿酸血症 10.高甘油三酯血症

**处理意见：**  
1、饮食：营养均衡饮食。  
2、出院用药：伏立康唑片(4片口服十二小时一次)；复方磺胺甲噁唑片(2片口服每日两次)；盐酸伐昔洛韦分散片(1片口服每日两次)  
3、其他医嘱:注意休息，适度活动，避免受凉感冒。遵医嘱用药，定期复查血常规、生化、淋巴细胞亚群、血清铁蛋白+beta-MG、ESR、胸部CT、PET-CT等检查。  
4、随诊：血液科随诊；1个月后返院维持治疗。

广东省第二人民医院

医师： 刘 志

2024年 11月 28日



潮 安 区

东风镇下张村民委员会便笺

电话：

邮编：

证 明

兹有我村村民张 女，身份证号码：

患有霍奇金淋巴瘤，已住院治疗多次，治疗费用很大，该村民家庭经济困难，特此望有关部门给予支持，是盼。

特此证明

潮安区东风镇下张村委会

2024年10月28日





