

### 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: 2025243

申请日期: 2025年 4月24日

|                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                        |   |         |            |         |                              |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------|------------|---------|------------------------------|-------|
| 病童资料                                                                                                                             | 姓名                                                                                                                                                                                     |   | 性别      | 出生年月       | 身份证号码   |                              | 户籍所在地 |
|                                                                                                                                  | 邱                                                                                                                                                                                      |   | 女       | 2008-12    |         |                              | 惠州博罗  |
|                                                                                                                                  | 所患疾病                                                                                                                                                                                   |   | 治疗医院    | 确诊时间       | 预估总费用   | 住院号                          | ID号   |
|                                                                                                                                  | 间变大细胞淋巴瘤                                                                                                                                                                               |   | 广东省人民医院 | 2024-12-16 | 20万-25万 |                              |       |
| 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;             |       |
|                                                                                                                                  | 父亲                                                                                                                                                                                     | 邱 | 42      | 良          | /       | 2、家庭年收入(不含政府补贴) 3万 元         |       |
| 申请救助理由(请详细描述)                                                                                                                    | 母亲                                                                                                                                                                                     | 钟 | 43      | 良          |         | 3、固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 1 辆小车 |       |
|                                                                                                                                  | 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           |   |         |            |         |                              |       |
| <p>由于本人女儿患有恶性肿瘤间变大细胞淋巴瘤,需要大额费用治疗,本人需要照顾病童,无法工作,靠打散工或手工维持,无力承担后续治疗费用,望给予救助。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 钟 2025年 4月 24日</p> |                                                                                                                                                                                        |   |         |            |         |                              |       |
| 医院填写                                                                                                                             | <p>疾病诊断及治疗(费用): 患者邱 住院号, 于2024.12.16于广东省人民医院淋巴瘤科住院, 诊断ALK阳性间变大细胞淋巴瘤, 需予SCCH-ALL-2017方案V-CD3单抗+AA+BB-CD3单抗+CC-CD3单抗+AA-CD3单抗+TBB-CD3单抗+CC-CD3单抗联合化疗, 费用需20-30万。医师签名: 林 2025年 4月 24日</p> |   |         |            |         |                              |       |
|                                                                                                                                  | <p>医院意见(盖章):</p> <p>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)</p> <p>负责人签名: 2025年 4月 30日</p>                                                                                |   |         |            |         |                              |       |
| <p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ 15,000.00 元 (大写: 壹万 伍 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 2025年 4月 19日</p>                      |                                                                                                                                                                                        |   |         |            |         |                              |       |



# 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: 邱 性别: 女 年龄: 16岁

病种: 间变性大细胞淋巴瘤 治疗医院: 广东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 15,000 元 (大写: 人民币 壹万伍仟元整), 将作为邱 的治疗费用。

受助人 (监护人): 钟

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: 13822279383

日 期: 2018年5月20日



## 疾病诊断证明书

科室：淋巴瘤科病区 编号：  
姓名：邱 性别：女性 年龄：16岁 住院号(门诊号)：  
入院日期：2025-04-16 出院日期：2025-04-25

### 处理意见：

患者因“诊断淋巴瘤4月余，返院治疗”入院。入院后予完善相关检查，4周期复查PET/CTT，疗效评价CR。排除化疗禁忌症，于2025-4-19予第5周期SCCCG-ALCL-2017-BB方案+CD30单抗方案化疗，并予预防化疗副作用。于2025-04-23行腰椎穿刺+鞘内注射治疗。现本次治疗已结束，一般情况可，无诉不适，予办理出院。



### 诊断：

1. 恶性肿瘤靶向治疗；2. 恶性肿瘤维持性化学治疗；3. 间变性大细胞淋巴瘤，ALK阳性；4. 慢性鼻窦炎

### 医嘱：

按时服药，按时返院治疗。

### 复诊建议：

医师：林碧弟

日期：2025年04月25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

## 经济情况证明

兹证明邱[REDACTED]，性别：女，身份证号：[REDACTED]，家庭住址：广东省惠州市[REDACTED]。家庭成员共3人（母亲，一儿一女），母亲钟[REDACTED]，身份证号：[REDACTED]，目前没工作（因女儿患病，需要照顾女儿，没有工作，靠做些散工活和手工活）。因患者邱[REDACTED]罹患间变大细胞淋巴瘤疾病，目前在广东省人民医院就医，需长期治疗，已支付医疗费用14万元，后续仍需大额费用，由于经济状况极其困难，无力承担后续治疗费用。

特此证明，望给予救助为盼！

联系人：钟[REDACTED]

联系电话：[REDACTED]



