

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: 2025268

申请日期: 2025年 5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	
	莫		男	2014.10.28			广西河池市	
	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
	横纹肌肉瘤		中山大学附属肿瘤医院	2020.7.20	约80万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
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 %
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
	父亲	莫	40	健康				
	母亲	莫	40	健康				
1、抚养18岁以下儿童 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>30000</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								
2020.7.20确诊横纹肌肉瘤,在中山大学附属肿瘤医院治疗,2021年8月结束化疗,后口服化疗药长春瑞滨与环磷酰胺1年至2022年7月复发,然后继续化疗,手术,化疗至2023年6月结束,结束后三个月后2023年10月份二次复发,多处转移,又化疗至2024年9月份停止化疗,口服靶向药盐酸安罗替尼至2025年5月,出现严重腹泻、肾积水,严重贫血,肿瘤在快速发展至中山大学附属第一医院治疗 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 莫 2025年 5月 20日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿确诊横纹肌肉瘤多发转移,今肝肺(二期),肺部转移,治疗费用预计超过二十万。 医师签名: 李易响 2025年 5月 23日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥30000 元(大写: 叁万零圆零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 黄佐聪 2025年 5月 23日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥15,000.00 元(大写: 壹万伍仟圆零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 邓钢涛 2025年 6月 秘书								



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: 莫 [redacted] 性别: 男 年龄: 10 岁
病种: 横纹肌肉瘤 治疗医院: 广州市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), 将作为莫 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 莫 [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: 2015年6月4日



中山大学 附属第一医院
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

姓名：莫

科别：儿科ICU

床号：

住院号：

住院患者情况说明

姓名：莫 性别：男 年龄：10岁 科别：儿科ICU 床号： 住院号：

目前诊断：横纹肌肉瘤(综合治疗后，多处转移瘤)

甲状腺功能减退症

葡萄糖6磷酸脱氢酶缺乏症

肺炎

中度贫血

血小板减少

入院情况及诊疗经过：患儿主因“确诊横纹肌肉瘤4年，右侧眼球突出1年”入院，入院后查血PCT 0.61ng/mL，CK-MB 17.60ng/mL，MYO 22.70ng/mL，TnT-T 0.103ng/mL，NT-proBNP 2233.0pg/mL；CRP 69.25mg/L，WBC $7.41 \times 10^9/L$ ，NEUT% 0.850，NEUT# $6.29 \times 10^9/L$ ，LY# $0.60 \times 10^9/L$ ，Hb 65g/L，Ht 0.202，PLT $40 \times 10^9/L$ ，UA 390.10umol/LMg 0.84mmol/L，PHOS 1.46mmol/L，K 3.30mmol/L，Na 138mmol/L，CO2 17mmol/L，UREA 8.3mmol/L，CREA 93umol/L，GLU 4.5mmol/L，ALB 28g/L，GLB 25.0g/L，ALT 9U/L，AST 39U/L，骨髓涂片：骨髓增生减低，红系增生受抑，全片可见17%转移癌细胞，成簇分布及散在分部。05-22行双侧肾盂造瘘置管引流术。现合并肺部感染、AKI 3期、中度贫血、低钾血症、酸中毒等并发症，需继续住院治疗。



证明

兹证明 莫 (身份证号码:)

家庭住址: 广西河池市金城江区

为农村低保救助对象。

开始享受日期为: 2024年03月01日

该证明开具日期为2025年05月21日, 自开具日期起有效期
为 6 个月。

河池市金城江区民政局 (盖章)

2025年05月21日

