



TianJin
Cathay **OTAF**

天津华夏器官移植救助基金会

贫困家庭儿童亲体肝脏移植资助项目

申请表

申请资助儿童患者姓名_____

指定医院名称_____

申报须知

1. “贫困家庭儿童亲体肝脏移植资助项目”申请表由“贫困家庭儿童亲体肝脏移植资助项目”管理办公室印制并负责解释；
2. “贫困家庭儿童亲体肝脏移植资助项目”资助对象为需要接受亲体肝脏移植手术的贫困家庭的患儿；
3. 患者的所有申报资料由患者或患者的法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性；
4. “贫困家庭儿童亲体肝脏移植资助项目”管理办公室负责所有申报资料的审核和建档工作；“中国人体器官捐献管理中心”负责复核工作；
5. 本申报表的递交不表明肯定获得资助；审核通过，不代表负担所有医疗费用；
6. 得到资助的患儿由“贫困家庭儿童亲体肝脏移植资助项目”管理办公室统一协调安排在指定医院（现阶段通过审查的为天津市第一中心医院、北京武警总医院）救治，患儿手术方案认定及手术后果由患儿法定监护人承担；
7. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，“贫困家庭儿童亲体肝脏移植资助项目”管理办公室将不予资助；
8. 获得资助的患者或患儿监护人有责任和义务为“贫困家庭儿童亲体肝脏移植资助项目”管理办公室提供必要的文字、照片、影像等资料，配合管理办公室的宣传采访活动，并同意使用其照片、影像等资料；
9. 所有资助款只用于医疗救助，并直接划拨到指定医院的账户上，出院时剩余资助款将全部退回“贫困家庭儿童亲体肝脏移植资助项目”账户上。如患儿监护人擅自取走剩余资助款或开出超出正常剂量的药品，“贫困家庭儿童亲体肝脏移植资助项目”管理办公室将会追索资助款，情节严重的将提起诉讼。

我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，并同意所有申报规定。

患者或患儿监护人签字：

日期： 年 月 日

申请方式及流程

“贫困家庭儿童亲体肝脏移植资助项目”是由“天津市华夏器官移植救助基金会”捐款发起，并在“中国人体器官捐献管理中心”支持和管理下，为需要接受亲体肝脏移植手术的贫困家庭患儿设立的专项公益项目。为确保资助工作规范、公开、透明，现将有关事项公告如下：

一、资助对象

“贫困家庭儿童亲体肝脏移植资助项目”的资助对象为家庭贫困需要接受亲体肝移植的患儿，患者法定监护人可作为申请人向“贫困家庭儿童亲体肝脏移植资助项目”管理办公室申请资助。

二、资助原则

1. 量入为出：根据接收捐款情况确定资助名额；
2. 资助份额：根据患者家庭经济情况承担部分医疗费用；
3. 资助权限：资助款只用于医疗救助。

三、申请程序

1. 申请人需通过天津市华夏器官移植救助基金会官方网站下载“贫困家庭儿童亲体肝脏移植资助项目”申请表，在完全理解《“贫困家庭儿童亲体肝脏移植资助项目”申请须知》的前提下，填写表格（包括以下内容）：
 - (1)患儿法定监护人填写的资助申请表；
 - (2)患者身份证明文件（户口本或出生证明）复印件；
 - (3)患儿父母或法定监护人的身份证明文件（身份证或户口本）复印件；
 - (4)患儿所在城镇街道办事处以上行政机构出具的家庭贫困证明；
 - (5)患儿最近的血清学检查报告（血常规、肝功能、出凝血）；
 - (6)患儿最近的B超、CT等影像学检查结果；
2. 申请资料报送“贫困家庭儿童亲体肝脏移植资助项目”管理办公室。

四、体检

由“贫困家庭儿童亲体肝脏移植资助项目”管理办公室统一协调安排在指定医院（具有小儿肝移植资质，现阶段通过审查的为天津市第一中心医院、北京武警总医院）进行受术术前评估。

五、审批程序

1. 初审

“贫困家庭儿童亲体肝脏移植资助项目”管理办公室对患者的申请资料进行初审后，会同定点医院对患者进行全面的术前检查、排除手术禁忌症、部分患者会诊，形成基本的医治方案，连同患者或患者法定监护人签署的手术知情同意书一并提“贫困家庭儿童亲体肝脏移植资助项目”专家组审批。

2. 审批

“贫困家庭儿童亲体肝脏移植资助项目”专家组根据资助原则对患者进行综合评审，确定资助对象和资助金额。

3. 复核

“中国人体器官捐献管理中心”在审批中全程监督指导，对最终审批结果进行复核。

4. 公示

获资助对象名单将在天津华夏器官移植救助基金会官方网站进行为期5个工作日公示。

六、入院治疗

患者接到“贫困家庭儿童亲体肝脏移植资助项目”管理办公室电话通知后，到指定医院入院治疗，资助款将于术前1-3个工作日直接汇入指定医院账户。

七、特别约定

因“贫困家庭儿童亲体肝脏移植资助项目”为患者提供的是慈善手术，医患双方特作此约定。定点医院为患者提供治疗的时间段截止至患者的病情相对稳定或患者符合出院指征。且该时间段由定点医院根据患者的病情提出建议，“贫困家庭儿童亲体肝脏移植资助项目”管理委员会作出最终决定。

八、最终解释权

以上所有条款最终解释权属“贫困家庭儿童亲体肝脏移植资助项目”管理委员会。

编号：

“贫困家庭儿童亲体肝脏移植资助项目”申请表

患者照片（五寸）

患者姓名：_____性别：_____出生日期：_____年 月 日

病情简述：_____

可自筹医疗费用：_____医疗费用缺口：_____

联系人_____与患者关系_____电话手机：_____

通信地址：_____省_____市（县）_____

邮编：_____电子邮件：_____

申报日期：_____年 月 日 申报结果：_____

患儿家庭情况简述

患儿情况					
患者姓名				性别	
出生日期	年	月	日	民族	
户口所在地	省(市)		市(县)		
户口类型： <input type="checkbox"/> 农户 <input type="checkbox"/> 非农户					
家庭情况					
直系亲属	姓名	关系	年龄	职业	
家庭人口				家庭劳动力人口	
家庭年总收入				当地人均年收入	
家庭所在地区 街道办事处或 乡镇政府盖章					
		(盖章)			
		年 月 日			
负责人				电话：	

附件一：申请人户口本或出生证明复印件；

附件二：申请人父母（或监护人）的身份证复印件或户口本复印件；

附件三：患者所在县/市级民政局出具的贫困证明。

患者医疗情况简述

患者在治疗过程中的介绍：(请参考后面的附注说明,尽可能详细一些)

1. 现在是否有明确诊断符合肝移植适应症?
2. 是否和合并有先天性心脏病、传染病等?
3. 患儿是否接受过手术治疗?在哪家医院进行治疗?效果如何?
4. 目前有无上呼吸道感染、发热及胸腺肥大等情况?
5. 目前体重是多少?

指定单位意见(患者不需填写):

附件四：患者最近血清学检查报告(血常规、肝功能、出凝血);

附件五：患者B超、CT等影像学检查结果。

