

揭阳市卫生健康局

揭阳市红十字会

揭市卫函〔2019〕93号

关于印发《救治经济困难家庭先心病患儿 专项活动实施方案》的通知

各县（市、区）卫生计生局、红十字会，市局直属各医疗单位：

为进一步提高全市儿童重大疾病医疗保障水平，使我市经济困难家庭先天性心脏病青少年及时得到救治重获健康，揭阳市卫生健康局、揭阳市红十字会联合广州医科大学附属第一医院与广东省明医医疗慈善基金会、李家杰珍惜生命基金启动“救治经济困难家庭先心病患儿”大型公益活动，为确保活动顺利实施，特制定本方案。

一、目标任务

广州医科大学附属第一医院与广东省明医医疗慈善基金会、

李家杰珍惜生命基金联合启动“救治经济困难家庭先心病患儿”大型公益活动在我市资助经济困难家庭先天性心脏病患儿手术治疗，力争让全市范围内符合救治条件的经济困难家庭先天性心脏病患儿得到有效的集中救治，重塑其人生信心和希望，帮助其家庭走出困境。

二、资助对象

0-18周岁经济困难家庭先心病儿童。

三、资助病种

- (一) 房间隔缺损;
- (二) 室间隔缺损;
- (三) 动脉导管未闭;
- (四) 肺动脉狭窄;
- (五) 房间隔缺损合并肺动脉高压;
- (六) 室间隔缺损合并肺动脉高压;
- (七) 动脉导管未闭合并肺动脉高压;
- (八) 房间隔缺损合并动脉导管未闭;
- (九) 房间隔缺损合并部分肺静脉异位引流;
- (十) 室间隔缺损合并房间隔缺损;
- (十一) 室间隔缺损合并肺动脉瓣狭窄;
- (十二) 室间隔缺损合并右室流出道狭窄(含双腔右心室);
- (十三) 室间隔缺损合并动脉导管未闭;
- (十四) 部分心内膜垫缺损;

- (十五) 法乐氏三联症;
- (十六) 法乐氏四联症;
- (十七) 室间隔缺损合并右室双出口;
- (十八) 完全型心内膜垫缺损;
- (十九) 符合手术指征的其他先天性心脏病。

四、申请资料

(一) 填写表格：填写《孤贫儿童救助项目申请表》，申请书需要监护人签字。

(二) 有效证件：患儿及父母或其他监护人户口本、身份证原件及复印件、医保证明。

(三) 患儿照片：证件照一张、近期生活照两张。

(四) 家庭经济困难证明：由当地村（居）委会和乡镇人民政府（街道办事处）签字盖章。

(五) 转诊证明：如患儿在当地无法进行手术治疗或无法异地医保报销，需进行转诊的，应提供县级以上医院的转诊证明，并到当地医保中心开通异地医保。办理异地医保需要准备：户口本、身份证、诊断证明或转诊证明。

(六) 检查资料：患儿疾病的医院诊断证明、病历和心脏超声检查等相关资料。

五、材料送审

申请书及上述材料邮寄或送到揭阳市人民医院医务科进行资料审核，并报广东省明医医疗慈善基金会审批。邮寄地址：揭

阳市榕城区天福路 107 号行政楼 9 楼。

联系人：张志锋，联系电话：8660309，13417654133。

六、手术医院

广州医科大学附属第一医院，地址：广州市越秀区沿江西路 151 号新住院大楼 18 楼，联系人：周建勋，联系电话：020-83062331；13928842963。

七、治疗费用

(一) 治疗(手术)费用=医保报销+基金会资助；

(二) 交通费、食宿费由患者个人负担；

(三) 如患儿家庭为低保家庭、建档立卡贫困户家庭，可在出院结算时，凭相应票据申请交通费、住宿费等补助，最高不超过 2000 元。

八、保障措施

(一) 加强领导。各地各单位要充分认识开展家庭经济困难家庭先天性心脏病资助手术工作的重要性和社会意义，积极配合做好活动开展。为加强对活动的领导，由揭阳市卫生健康局、揭阳市红十字会、广东省明医医疗慈善基金会、李家杰珍惜生命基金与广州医科大学附属第一医院等单位成立揭阳市“救治家庭经济困难先心病患儿”活动协调领导小组，成员从上述单位抽调组成，负责统筹协调处理活动的相关工作，领导小组下设办公室，挂靠在揭阳市人民医院医务科，负责活动的具体工作。

(二) 加强宣传。各地各有关单位要加强对活动的宣传，通

过电视、报刊、网络等各类新闻媒体多种形式、多种渠道对“救治家庭经济困难先心病患儿”手术治疗专项资助活动进行广泛宣传，告知和动员有需要的群众参与疾病筛查和救治等活动，使救治先心活动得到广大人民群众的认可，并积极参与活动中来。

(三) 资料审核。病例的资料审核工作由揭阳市人民医院医务科负责，各地各单位要积极配合做好病例审核工作，对筛查符合资助条件和具有手术适应症的家庭经济困难家庭先天性心脏病的青少年，要做好病例的登记，完善相关检查和资料收集，预约好就诊医生及住院时间。

(四) 信息报送。揭阳市人民医院要按照方案要求开展工作，并做好信息报送工作，每季度活动结束后 10 天内将上季度工作进展情况书面报送市卫生健康局医政科和市红十字会办公室，并抄送广东省明医医疗慈善基金会、李家杰珍惜生命基金。

附件：1、《孤贫儿童救助项目申请表》

2、《申请流程》

3、广州医科大学附属第一医院特色技术介绍



公开方式：主动公开

《政府信息公开指南》

抄送：市府办、团市委、市妇联、市扶贫办，广州医科大学附属第一医院，广东省明医医疗慈善基金、李家杰珍惜生命基金。

揭阳市卫生健康局办公室

2019年2月28日印发

校对：医政科 卢剑辉

(共印20份)

附件 1


李家杰珍惜生命基金
 PETER KK LEE CARE FOR LIFE FOUNDATION
孤贫儿童救助项目申请表

患儿证件相片	患儿生活照			
患儿姓名	患儿身份证		患儿身份证	
性别	出生年月日		出生年月日	
民族	身高	体重		体重
监护人 1	姓名	联系电话 (手机)	关系	微信号
监护人 2				
家庭住址				邮政编码
家庭固定电话		是否孤儿或 单亲		

说明1：该申请表向『瑞银慈善基金会』申请救助之患儿

说明2：资助款项来自『李家杰珍惜生命基金』

申请人签字: _____

签字日期: _____

申请须知

- (一) 本项目是基于『李家杰珍惜生命基金』提供救助资金,由瑞银慈善基金会与广州医科大学附属第一医院联合开展的公益活动,救助对象为全国范围内0-18周岁贫困家庭的先天性心脏病患儿;
- (二) 患儿的所有申请资料由患儿的法定监护人负责填报,所有申请资料必须真实、完整。
- (三) 申请资料包括:
- 1) 完整填写“申请表”。
 - 2) 患儿及其法定监护人的户口本及身份证复印件。
 - 3) 乡镇以上政府部门开具的家庭贫困证明(需要有开具证明单位的联系电话)
 - 4) 患儿疾病的医院诊断证明和病历等相关资料。(含患儿近期B超检查报告)
 - 5) 当地报销部门(农村合作医疗或城镇医保)出具的报销比例证明。
- (四) 本申报表的递交并不代表已经评审获得医疗救助。
- (五) 该申请表经相关救治资助单位审核后,对同意资助手术患儿,将通知家属携患儿到广州医科大学附属第一医院住院治疗。
- (六) 符合条件并自愿参加贫困先心病儿童救助活动的患儿法定监护人(父母)须签署承诺书,并承担相应的治疗费用(除社保、新农合及基金补助以外部分)和责任。
- (七) 获得资助的患儿监护人有责任和义务配合主办活动单位对有关该患儿的公益宣传和采访活动,并同意使用该患儿相关的照片、影像等资料。
- (八) 本救治申请表由主办活动单位制作,法律规定下解释权归主办活动单位。

本人确认已经阅读并了解上述须知条款,并同意所有申请规定。

患儿监护人签字: _____

_____年_____月_____日

救助编号: _____

患儿基本资料

患儿姓名		病名 (类型)	
患儿合并 其他疾病			
可报销类型 <input checked="" type="checkbox"/>	城镇基本医保【 <input type="checkbox"/> 】	家庭人口	
	新农合【 <input type="checkbox"/> 】	家庭年收入 (元)	
	民政救助【 <input type="checkbox"/> 】	医疗费用预算 (元)	
	其他【 <input type="checkbox"/> 】	家庭可支付医疗费 (元)	
病况及家庭情况			

患儿监护人签字: _____

____ 年 ____ 月 ____ 日

医院资料审核人签字: _____

____ 年 ____ 月 ____ 日

救助资格审批表

申请人姓名(患儿)		申请人身份证号	
常规申请项目及金额			
特殊申请项目(如有)			
主治医生意见			
科室意见			
社工部意见			
项目主管单位意见	申请人对审批表		
批复结果	申请人对审批表		

承诺书

广州医科大学附属第一医院先心患儿救助项目组:

我是_____ (患儿姓名) 的监护人_____。_____患有先天性心脏病, 因家庭经济收入较低, 无力承担全部手术费用, 现向广州医科大学附属第一医院先心患儿救助项目组申请资助, 以协助完成患儿手术治疗。

作为监护人, 我们充分了解先天性心脏病手术作为医疗行为所存在的不确定性及各种风险, 并已做好认定手术方案及承担手术风险和后果的准备。我们知道, 救助项目只在手术费用上给予我们资助, 不承担手术效果、手术风险等方面的责任, 任何医患之间的法律纠纷将由定点医院和患者家属双方自行解决。并承诺:

- (一) 积极配合医院开展全面治疗。
- (二) 因患儿病况较为特殊, 保证人愿意承担医疗风险责任。
- (三) 在手术及治疗中, 如发生属非医疗技术性或医务人员责任所导致的不可抗拒的意外事故, 保证人同意不追究医院和医务人员责任。
- (四) 任何医疗风险和事故与『瑞银慈善基金会』无关。
- (五) 有责任和义务配合主办活动单位对有关该患儿的公益宣传和采访活动, 并同意使用该患儿相关的照片、影像等资料。

以上承诺, 保证履行。

保证人(父母或监护人签字按手指摸): _____

家庭困难证明

兹有贫困先天性心脏病患儿_____，性别_____，年龄_____，是_____省
市（州）_____县（区）_____乡镇（街道）_____村民小组（居委会），（父亲：
_____母亲：_____）村民（居民）的儿子 / 女儿。因其家庭经济属于
当地中下水平，且家庭成员遭遇突发重大疾病。难以承担患儿_____的治疗费用，恳
请李家杰珍惜生命基金和广州医科大学附属第一医院为患儿治疗心脏病，并提供经济上的爱
心资助。

情况属实，特此证明！

患儿父亲：_____ 身份证号：_____

患儿母亲：_____ 身份证号：_____

村委会/居委会盖章：_____

联系电话：_____

乡（镇）政府/街道办事处盖章：_____

联系电话：_____

日期： 年 月 日

附件 2

申请流程

1、填写广州医学院附属第一医院《孤贫儿童救助项目申请表》；

2、申请资料递交到揭阳市人民医院审核，
科初步审核，
8660309；

3、申请资料报送慈善基金会审核，
治疗基金会审核，
13928842963；

4、基金会通知患者入院进
行手术治疗；

5、完成手术，余
医保结算，由
下基金会资助。

附件 3:

广州医科大学附属第一医院

心脏外科特色技术

广州医科大学附属第一医院

建于 1903 年，历史悠久、实力雄厚，集医疗、教学、科研、保健、康复、预防、院前急救为一体的大型三级甲等医院。是国家首批 13 个国家临床医学研究中心之一，呼吸疾病国家重点实验室所在单位，是广东省唯一具有国家重点实验室和国家临床医学研究中心的市属医疗机构，也是国内唯一一所能同时实施心脏移植、肺移植、心肺联合移植、气管移植的医院。

心脏外科学科带头人谢少波主任

主任医师、教授，硕士研究生导师，广东省胸部疾病学会心血管外科学专业委员会主任委员，广东省医学会心血管外科分会常委，中华医学会胸心血管外科分会微创俱乐部理事。从事心脏外科工作三十多年，曾在同济医科大学心血管病研究所、中国医学科学院阜外心血管病医院、德国心脏中心、莱比锡大学心脏中心等权威机构工作十余年。主持开展复杂先心矫治术、心脏瓣膜置换/成形术、冠脉搭桥术等心血管外科手术 6000 余例，手术成

功率 99%。在国际上首创经颈内静脉超声引导下先天性心脏间隔缺损封堵术及针孔腔镜下心脏间隔缺损封堵术，在国内具有巨大反响，并走出国门，传播技术。

心脏外科特色技术

一、经胸微创封堵术。超声引导，不用造影剂，无 X 光射线损伤，无体外循环和心脏停跳，手术时间短、创伤小、失血少、成功率高。术后恢复快，疤痕小而隐蔽（1-2cm），避免体外循环后诱发的 ARDS 及相关并发症。

二、针型胸腔镜下封堵术。2013 世界首创，切口微小、不需缝合、手术时间短，术后不留疤痕，不撑开胸骨，术后疼痛轻微，恢复快。

三、经右颈内静脉可调弯鞘封堵术。2015 世界首创，具备经胸外科微创封堵技术所有的优点。没有切口，不留疤痕，手术出血少，无需输血，年龄小于 1 岁幼儿也可行封堵术。手术时间短，适用于婴幼儿、孕妇、糖尿病患者等特殊人群。

四、胸腔镜瓣膜手术、ASD 修补术。2015 年 6 月，世界首例裸眼 3D 腔镜下二尖瓣置换术。