**肝移植救助留言调查简表：**

|  |  |
| --- | --- |
| 患者姓名 |  |
| 性别 |  |
| 年龄（岁和月） |  |
| 体重 |  |
| 血型（包含RH阳或阴） |  |
| 病情简述1. 原发病，何时何地确诊，于哪家医院
2. 是否合并有先天性心脏病、传染病 ；
3. 患儿是否接受过手术治疗（葛西），在哪家医院进行治疗；
4. 目前有无上呼吸道感染、发热及胸腺肥大等情况；
5. 最近血常规是否异常、肝功情况、出凝血情况；
 |  |
| 可自筹医疗费用（单位：元） |  |
| 医疗费用缺口（单位：元） |  |
| 联系人姓名 |  |
| 与患者关系 |  |
| 电话/手机 |  |
| 能否开具贫困证明（需三级政府盖章） |  |

**以上资料请务必真实填写，以便我方与您联络，能否资助将由基金会指定医院鉴定和专家审核决定。**

填写本表后，请发送到：huaxiahelp@163.com邮箱