



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA

Av. Vicente Ferreira, 828 - CEP: 17515-900 – Marília / SP - CNPJ: 52.049.244/0001-62

Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559

site: www.santacasamarilia.com.br

TCLE “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO”

FRENOTOMIA LINGUAL EM BEBÊS

(Resolução CMF n. 1.931/2009 - Código de Ética Médica)

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico de **FRENOTOMIA LINGUAL** em âmbito de internação hospitalar. Mediante, a avaliação previa da fonoaudiologia com aplicação do “**teste da linguinha**” proposto pelo Protocolo Martinelli, seguido de avaliação odontológica pelo cirurgião-dentista, indicando a intervenção cirúrgica para correção e secção do frênulo lingual devido diagnóstico de Anquiloglossia (condição que restringe a mobilidade lingual), mediante a consentimento médico e pais responsável pelo bebê.

Frenotomia lingual: Trata se de uma pequena cirurgia, pouco invasiva, onde um pequeno corte é feito no frênulo lingual (membrana existente embaixo da língua) para correção em situações onde a alteração possa comprometer o recém-nascido de alguma forma como: mobilidade lingual, amamentação, prevenção de transtornos periodontais, a opção em não realizar o procedimento pode impactar na dificuldade para deglutição e sucção durante o ato de amamentar, deficiência de crescimento da mandíbula e na dicção (dificuldades na fala).

Riscos e complicações: são mínimos como dor, sangramento ou hematoma local, casos de infecção são raros.

Benefícios: melhora da pega e sucção durante a amamentação, beneficia na fonação pois o frênulo livre o bebê irá ter todo o aporte para desenvolver sua fonação de maneira adequada.

Alteração pós procedimento: em alguns casos pode evidenciar uma membrana/ placa esbranquiçada ou amarelada que se forma na área onde o freio lingual foi removido, essa placa faz parte do processo natural de cicatrização e não deve ser removida pois se trata de um tecido de fibrina cicatricial.

Frente ao exposto, seu (sua) responsável está ciente, de acordo e foi esclarecido das seguintes condições:

1. Fui orientado quanto a importância e necessidade em intervir na liberação de frênulo lingual por ter impacto na alimentação – amamentação e futuramente na fala.
2. Recebeu, através do cirurgião dentista, informações de forma clara quanto aos riscos e benefícios.
3. Autoriza o envio de cópia do prontuário quando solicitado por autoridades.
4. Recebi orientações de cuidados pós-operatório.

Marília, _____ de _____ de 20 ____.

Cirurgião (a) Dentista

Nome do Cirurgião (a) Dentista _____

responsável: _____

CRO/SP: _____

Responsável

Nome (grau de parentesco): _____

RG ou CPF: _____

Assinatura: _____