

 <b>JUNTOS SOMOS+</b>	<b>TCLE FRENOTOMIA LINGUAL</b>	CÓDIGO: FO.DT.003
		ELABORAÇÃO: 01/09/2025
		REVISÃO: 01/09/2027
		PÁGINA: 1 de 4

<b>Paciente:</b>	
<b>Data de nascimento:</b> ____/____/____	<b>Prontuário:</b>
<b>Nome da mãe:</b>	

## PRINCÍPIOS E INDICAÇÕES

O freio lingual é uma estrutura localizada embaixo da língua, no assoalho da boca. Quando muito curto, o freio lingual pode dificultar os movimentos da língua e causar dificuldades na amamentação do recém-nascido (como dificuldade de sugar, tempo de amamentação prolongado e dor no mamilo) ou então, na criança maior, dificuldades em pronunciar certos sons e palavras.

## CIRURGIA

A cirurgia pode ser realizada com anestesia geral em centro cirúrgico, com anestesia local ou sem anestesia. Essa escolha depende da idade do paciente, da experiência do médico e da preferência dos pais. Se optada pela realização em centro cirúrgico com anestesia geral, todo o procedimento anestésico é realizado por médico anesthesiologista e as funções vitais da criança são monitorizadas continuamente.

A cirurgia, independentemente da técnica escolhida, é realizada através da boca. Não ficam marcas evidentes na pele, como cortes ou manchas arroxeadas. O procedimento é geralmente rápido. O médico realiza um corte no freio lingual, próximo à face inferior da língua. Cauterização ou pontos raramente são necessários, mas podem ser realizadas em alguns casos. Geralmente o paciente pode ter alta no mesmo dia. Raramente há necessidade de internação de mais de um dia.

## EFEITOS ADVERSOS DO PROCEDIMENTO

**Dor:** Pode ocorrer no pós-operatório. Medicamentos via oral geralmente são suficientes para aliviar a dor. Dificuldades na alimentação: A criança pode ter dificuldades de se alimentar logo após o procedimento, por dor ou por medo (no caso de crianças maiores). Esse desconforto geralmente se resolve em pouco tempo e com o uso de medicamentos para dor.

**Sangramento:** Pode ocorrer a saída de sangue pela boca, mas geralmente é em mínima quantidade e autolimitado (sangramento para sem a necessidade de intervenção).

## RISCOS E COMPLICAÇÕES

**Não-resolução dos sintomas:** A dificuldade de amamentação em recém-nascidos e de fala em crianças maiores pode ser multifatorial, isto é, ser causada por vários fatores. Assim, o principal risco da frenotomia é o de não resolver o problema e a criança continuar apresentando sintomas.

**Sangramento em grande quantidade:** É uma complicação extremamente rara, podendo levar a reabordagem cirúrgica.

**Recidiva / Necessidade de reoperação:** A recidiva do freio lingual pode ocorrer (ele pode se prender de novo na língua). Se isso acontecer, você e seu médico podem decidir por uma reoperação.

## MÉTODOS ALTERNATIVOS

Como a dificuldade de amamentação em recém-nascidos e de fala em crianças maiores pode ser causada por muitos fatores, há várias alternativas à cirurgia, dependendo do motivo da dificuldade. Discutir com o seu médico.

## CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

Não há cuidados específicos após a cirurgia. A maioria das crianças já consegue mamar imediatamente após o procedimento, sem dor. O mesmo ocorre com a alimentação e com a fala da criança maior.

## CONCLUSÃO

A frenotomia é o tratamento cirúrgico utilizado para cortar um freio lingual curto. O freio lingual curto é causa da dificuldade de amamentação e dificuldade da fala em crianças, mas trata-se de um procedimento com baixo índice de complicações.

## DECLARAÇÃO DO PACIENTE

1. Fui esclarecido(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao **Tratamento Cirúrgico da FRENOTOMIA LINGUAL** bem como da realização de procedimentos ao(s) qual(is) será submetido o paciente, complementando as informações prestadas pelo médico responsável e pela equipe de colaboradores da SCMSSP;

2. Estou ciente que o **Tratamento Cirúrgico da FRENOTOMIA LINGUAL** é a melhor indicação neste momento para o quadro clínico do paciente. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram

aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições;

3. Comprometo-me a colaborar com o tratamento, fazendo o controle pós-operatório e seguindo todas as recomendações médicas que me foram feitas, ciente de que o não cumprimento destas determinações poderá acarretar prejuízo nos resultados normalmente esperados;

4. Aceito o fato de que o médico não pode se responsabilizar pelo resultado final de uma cirurgia, cujo acompanhamento pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente;

5. Declaro que foram observadas todas as orientações prévias e necessárias para a realização do procedimento, bem como declaro que foram fornecidas todas as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações as quais apresentou alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, **sem nada ocultar**, tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações;

6. Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis decorrentes deste procedimento/tratamento, mas apenas os mais frequentes;

7. Entendo que não há garantias de resultados, porque o sucesso da cirurgia depende de múltiplos fatores, incluindo características individuais do paciente, tipo de lesão, qualidade do tecido, adesão ao tratamento e fatores não controláveis pela equipe médica, sendo que, mesmo com a cirurgia bem-sucedida, pode haver limitações funcionais em relação ao joelho não operado; que não há garantia de retorno ao mesmo nível de atividade esportiva praticado antes da lesão; e que os resultados podem se modificar com o tempo, podendo necessitar de procedimentos adicionais no futuro;

8. Declaro estar ciente de que o não cumprimento das orientações médicas e fisioterápicas pós-operatórias pode comprometer significativamente o resultado da cirurgia, podendo resultar em: falha do enxerto, instabilidade residual, rigidez articular, dor crônica ou necessidade de nova intervenção cirúrgica, isentando a equipe médica e a instituição de responsabilidade por resultados inadequados decorrentes do não seguimento das prescrições;

9. Comprometo-me a comparecer pontualmente a todas as consultas de retorno agendadas e a comunicar imediatamente à equipe médica qualquer intercorrência, anormalidade ou complicação que venha a apresentar no período pós-operatório;

10. Declaro compreender que, durante o procedimento cirúrgico, podem surgir situações imprevistas que exigem procedimentos adicionais, modificações da técnica planejada ou uso de materiais alternativos, autorizando a equipe médica a tomar todas as decisões que julgar necessárias para minha segurança e melhor resultado terapêutico;

11. Autorizo o registro fotográfico, em vídeo ou outros meios, do procedimento cirúrgico e evolução pós-operatória, exclusivamente para fins médicos, científicos, educacionais ou de documentação no prontuário, garantindo-se a preservação da minha identidade;

12. Consinto com a utilização dos dados clínicos relacionados ao meu caso para fins de pesquisa científica e estatística, desde que preservada minha identidade e mantido o sigilo médico;

13. Declaro ter sido informado sobre a possibilidade de necessidade de procedimentos cirúrgicos futuros relacionados ou não à presente cirurgia, incluindo revisões, reparos ou tratamento de complicações;

14. Li o presente termo e recebi os esclarecimentos necessários de forma compreensível pelo médico responsável e equipe;

15. Fui informado sobre o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento proposto;

16. Fui informado, ainda, que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento/tratamento durante a internação hospitalar.

17. Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, **AUTORIZO** a realização do **Tratamento Cirúrgico da FRENOTOMIA LINGUAL**.

**TERMO DE REVOGAÇÃO (DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL)**

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de REVOGAR este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.

( ) Paciente ( ) Responsável

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_\_

**DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO RESPONSÁVEL**

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ CRM-MG: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

( ) Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

( ) Não foi possível a coleta deste Termo de consentimento Informado, por tratar-se de EMERGÊNCIA.

**TESTEMUNHAS****1ª Testemunha****2ª Testemunha**

Nome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA QUE DEVERÁ SER DISPONIBILIZADA AO HOSPITAL**

- Todos os documentos pessoais.
- Exames realizados.
- Autorização de Internação Hospitalar (AIH) ou guia do plano de saúde autorizada;
- Avaliação Pré-anestésica;
- Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.

**ORIENTAÇÕES PRÉVIAS À REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Manter jejum no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- Caso faça uso de medicamentos, fique atento:
- Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume, sem água ou com muita pouca água;
- Diabético, NÃO TOMAR os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
- Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros;
- Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.
- Em caso de febre ou mal-estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- A remoção dos pelos da região onde será realizada a incisão cirúrgica, obedecendo a critérios médicos, deverá ser realizada apenas pela equipe de enfermagem, após a internação.
- Horário da cirurgia: o horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.

**CAPTAÇÃO DE DOADORES PARA O BANCO DE SANGUE DO HEMOMINAS**

- É muito importante a conscientização e, se possível, a **CAPTAÇÃO DE 05 DOADORES** para o banco de sangue do HEMOMINAS.
- Você poderá precisar de sangue durante o seu período de internação.
- Qualquer dúvida, pergunte ao seu médico.
- Para mais informações e doações, entre em contato com a Unidade do Hemominas de São Sebastião do Paraíso.

São Sebastião do Paraíso - MG \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

CPF: \_\_\_\_\_