

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	Preencher quando não houver etiqueta	
		Paciente:	
	<b>REALIZAÇÃO DE FRENOTOMIA EM RECÉM-NASCIDOS</b>	Data de Nascimento:	
	Prontuário:		

**Descrição do Procedimento / Objetivos / Riscos e Benefícios**

**O QUE É O TESTE DA LINGUINHA?**

É um exame feito por fonoaudiólogo, após treinamento e certificação na aplicação de um protocolo (de Roberta Martinelli), seguindo as recomendações da legislação em lei Federal, para avaliar se o bebê apresenta o freio da língua muito curto (língua presa ou anquiloglossia), que acomete 5% dos bebês, o que poderia comprometer a amamentação o até mesmo a fala no futuro. A legislação recomenda que seja feito ainda na maternidade. Se o exame vier muito alterado, uma pequena cirurgia (frenotomia) poderá ser indicado para corrigir.

**O QUE É UMA FRENOTOMIA?**

Trata-se de uma pequena cirurgia, onde um pequeno corte é feito no frênulo lingual (ou freio da língua), para correção de anquiloglossia (freio da língua curto), em situações onde a alteração possa comprometer o recém-nascido de alguma forma. *A anquiloglossia (língua presa) é uma alteração do comprimento do frênulo lingual, que se encontra mais encurtado, impedindo ou atrapalhando a protrusão da língua, podendo comprometer a amamentação e/ou a fala<sup>1</sup>. A incidência é de 4,8 a 12% dos nascidos vivos pela avaliação subjetiva, podendo chegar a 20% por meio da aplicação de protocolos específicos.*

**POR QUE FOI INDICADO ESTE PROCEDIMENTO NO MEU FILHO(A)?**

Apesar de não se tratar de uma cirurgia de emergência, existem situações onde a frenotomia estará indicada preferencialmente durante o internamento. Neste caso, o procedimento foi indicado pois está comprovado clinicamente que o mesmo apresenta **anquiloglossia pelo protocolo de Martinelli, associado à clínica de dificuldade na pega, associado a lesões no mamilo e risco elevado para desidratação ou desnutrição, não tornando segura a alta hospitalar sem o procedimento.**

**QUAIS AS VANTAGENS E DESVANTAGENS RELACIONADAS AO PROCEDIMENTO?**

Como relatado acima e comprovado em estudos clínicos, a realização do procedimento irá permitir melhoria na pega e amamentação, reduzindo ou afastando o risco de desidratação, desnutrição ou lesão importante no mamilo que prejudique ou impeça a continuidade na amamentação. Os riscos são mínimos (dor e sangramento pequeno) que serão amenizados com medicações específicas. O risco de infecção no local é mínimo. Quanto mais cedo realizado o procedimento, menos complicações, visto que neste período a alimentação é apenas líquida facilitando a recuperação.

**ASSINATURA DO PEDIATRA QUE INDICOU O PROCEDIMENTO**

Confirmando que o procedimento foi indicado pois está comprovado clinicamente que o mesmo apresenta **anquiloglossia pelo protocolo de Martinelli, associado à clínica de dificuldade na pega, associado a lesões no mamilo e risco elevado para desidratação ou desnutrição, não tornando segura a alta hospitalar sem o procedimento.**

\_\_\_\_\_   
 Pediatra que indicou

**ASSINATURA DO FONOAUDIÓLOGO QUE AVALIOU O PACIENTE E QUE ESTÁ DE ACORDO COM A INDICAÇÃO MÉDICA**

Confirmando que o menor foi avaliado por mim e que entendo que referendo a indicação da frenotomia no caso, entendendo que haverá benefício com a realização do procedimento.

Valor do escore do teste da linguinha (protocolo de Martinelli): R\$: 350,00

*Interpretação: valores <= 4 são considerados normais. Valores entre 5 ou 6 são considerados duvidosos e necessitarão seguimento. Valores entre 7 e 12 geralmente são casos alterados, nível intermediários e a conduta será tomada em decisão conjunta entre o fonoaudiólogo e pediatra, baseado na clínica do recém-nascido, podendo estar indicado correção na maternidade. Valores >= 13, considerar correção ainda na maternidade.*

\_\_\_\_\_   
 Assinatura do fonoaudiólogo

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b>	Preencher quando não houver etiqueta	
		Paciente:	
	<b>REALIZAÇÃO DE FRENOTOMIA EM RECÉM-NASCIDOS</b>	Data de Nascimento:	
	Prontuário:		

**DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL**

Assim, declaro que fui claramente informado(a) a respeito dos benefícios e riscos da realização da frenotomia. Estou ciente de que posso suspender meu consentimento a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e o médico responsável.

**SITUAÇÃO 1: indicação médica de urgência**

(    ) Entendo que no caso de negativa do convênio ou no caso de a CSH não acatar o valor proposto para o convênio para realização do procedimento, me responsabilizo em arcar com os custos relacionados ao procedimento.

\_\_\_\_\_ *Assinatura do paciente/responsável*

**SITUAÇÃO 2: indicação médica semi-eletiva ou eletiva**

(    ) No caso de realização do procedimento durante a internação por comodidade do paciente (casos em que não foi considerado urgência em que o procedimento poderia ser realizado a nível ambulatorial sem prejuízo ao recém-nascido). Declaro que para minha comodidade e também do bebê, assim como pela garantia na qualidade técnica apresentada, opto por realizar a frenotomia na Clínica Santa Helena, Me responsabilizo a fazer o pagamento e autorizo a realização do procedimento.

\_\_\_\_\_ *Assinatura do paciente/responsável*

**SITUAÇÃO 3: recusa em realizar o procedimento apesar da indicação médica**

(    ) Entendo que apesar da indicação médica de que o procedimento seja realizado durante o internamento, opto e me responsabilizo em providenciar a realização do procedimento após a alta. Não autorizo realização durante o internamento da frenotomia.

\_\_\_\_\_ *Assinatura do paciente/responsável*

**DEVE SER ASSINADO PELO ENFERMEIRO QUE APLICOU O TERMO**

Declaro que expliquei de forma clara e objetiva sobre a frenotomia e ao meu ver não há dúvidas por parte dos responsáveis pelo paciente, que é plenamente capaz de entendimento.

Aracaju, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ *Assinatura e carimbo do enfermeiro que apresentou o TCLE ao paciente*