

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA FRENECTOMIA

Paciente: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

CPF: _____ RG: _____

Responsável Legal: _____

CPF: _____ RG: _____

Preencher se paciente for menor ou incapaz.

A frenectomia é um procedimento cirúrgico indicado para a remoção ou liberação do frênulo, uma pequena prega de tecido localizada na cavidade oral, geralmente entre o lábio e a gengiva (frênulo labial) ou sob a língua (frênulo lingual).

Este procedimento tem como objetivo melhorar a mobilidade e a função da língua ou do lábio, podendo contribuir para a adequada fala, sucção, deglutição, mastigação, amamentação e posicionamento dentário.

A cirurgia é realizada, em geral, de forma ambulatorial, sob anestesia local, podendo ser executada com bisturi convencional, laser ou eletrocautério, conforme avaliação profissional e indicação clínica.

A realização da frenectomia pode proporcionar melhora significativa da mobilidade do lábio ou da língua, favorecendo funções como fala, sucção, mastigação, deglutição e amamentação. O procedimento também pode contribuir para a prevenção de retrações gengivais, alterações ortodônticas e dificuldades funcionais associadas ao frênulo alterado, além de promover benefícios estéticos, funcionais e fonéticos.

Apesar de ser considerado um procedimento seguro, a frenectomia pode apresentar riscos e intercorrências, como dor local, inchaço (edema), sangramento ou formação de hematoma. Em casos menos frequentes, podem ocorrer infecção no local operado, cicatrização desfavorável, formação de fibrose, alterações temporárias de sensibilidade ou recidiva do frênulo, podendo ser necessária nova intervenção.

Após o procedimento, é recomendado seguir rigorosamente as orientações profissionais, que podem incluir aplicação de compressas frias nas primeiras horas, evitar alimentos duros, quentes ou condimentados nas primeiras 48 horas, manter adequada higiene bucal, utilizar corretamente as medicações prescritas e retornar para reavaliação e eventual remoção de suturas, se indicadas.

De acordo com a avaliação clínica, podem existir alternativas ao procedimento cirúrgico, como a frenotomia simples, acompanhamento clínico, terapia fonoaudiológica associada ou tratamento ortodôntico, conforme cada caso específico.

Declaro que fui devidamente informado(a) sobre a natureza, a indicação e os objetivos da frenectomia, bem como sobre seus benefícios, riscos, possíveis complicações e alternativas terapêuticas. Tive oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas com o(a) profissional responsável e compreendi as informações prestadas.

Assim, autorizo de forma livre e consciente a realização do procedimento, incluindo o uso de anestesia local e dos materiais necessários à sua execução.

Guanhães/MG, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Paciente/Responsável Legal

Assinatura do Médico

