

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO FRENOTOMIA LINGUAL

O presente **Termo de Consentimento Informado e Esclarecido** tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente \_\_\_\_\_ e seu responsável quanto aos principais aspectos relacionados ao Procedimento Invasivo **FRENOTOMIA LINGUAL**, que tem por finalidade SECCIONAR O FREIO E CORRIGIR A “LÍNGUA PRESA”.

O espaço a seguir deve ser preenchido pelo responsável do paciente.

Eu, \_\_\_\_\_, documento de identificação n.º \_\_\_\_\_ (grau de parentesco: \_\_\_\_\_).

**Declaro que:**

1. Fui informado sobre o procedimento e a possibilidade das seguintes complicações:
  - a) Dor, amortecimento, sangramento ou hematoma no local da cirurgia.
  - b) Drenagem de secreção sero-sanguinolenta principalmente no primeiro dia.
  - c) Infecção local com saída de pus. Se ocorrer, procure avaliação médica.
2. Informe aos médicos responsáveis pelo procedimento sobre os medicamentos que estão sendo administrados a esta criança ou a este adolescente pelo qual sou responsável.
3. Recebi informações quanto à manutenção das medicações e **jejum** necessário antes do procedimento.
4. Estou ciente de que para realizar o procedimento acima especificado será necessário realizar **anestesia**.
5. Recebi todas as informações necessárias quanto aos **riscos, benefícios e alternativas** de tratamento. Também fui informado sobre os riscos e benefícios de não realizar o tratamento proposto.
6. Recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas e estas foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento **autorizo a realização do procedimento proposto**.

Campos dos Goytacazes, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

Testemunhas:

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

CPF n.º: \_\_\_\_\_

O espaço a seguir deve ser preenchido pelo médico.

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e responsável pelo mesmo, o propósito, benefícios, riscos e as alternativas para tratamento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Campos dos Goytacazes, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo: \_\_\_\_\_