

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli **articoli inediti** vanno inviati via e-mail a:
redazione@medicoebambino.com

Gli Autori si assumono la responsabilità dei contenuti scientifici della pubblicazione e sono tenuti a dichiarare la presenza o meno di qualsiasi forma di **conflitto di interesse** compilando l'apposito modulo.

I contributi vengono sottoposti a un processo di revisione anonimo. Il parere dei Revisori viene comunicato all'Autore assieme alle conclusioni. Il giudizio espresso riguarda l'interesse per il lettore, la leggibilità, la correttezza e l'appropriatezza delle informazioni contenute.

STRUTTURA DEGLI ARTICOLI

Gli articoli devono avere una dimensione massima di 20.000 battute (3000 parole circa), bibliografia (con al massimo 40 referenze), abstract e box di approfondimento esclusi. Per la rubrica iconografica: 6000 battute al massimo (900 parole circa). Per i casi clinici contributivi: 13.000 battute al massimo (2000 parole circa). Le **Lettere** vengono, nella maggioranza dei casi, accettate e pubblicate quanto prima. Le dimensioni non devono superare le 3000 battute (500 parole), con al massimo 5 referenze.

TUTTI GLI ARTICOLI DEVONO ESSERE CORREDATI DI:

- 1. Titolo** in italiano e in inglese.
- 2. Nome** per esteso, **cognome** e **qualifica** di tutti gli Autori (professione, Istituto di appartenenza).
- 3. Riassunto/Abstract** in italiano e in inglese (al massimo 2000 battute, pari a 300 parole circa). Nelle ricerche e nelle revisioni, l'abstract va strutturato in: Razionale (o Background), Obiettivi, Materiali e Metodi, Risultati, Conclusioni. Per i casi clinici contributivi l'abstract deve avere 1000 battute al massimo (150 parole circa).
- 4. Parole chiave** (da 3 a 5) in italiano e inglese.
- 5. Indirizzo e-mail** per la corrispondenza.
- 6. Figure e Tabelle** se opportune. Per le figure è necessaria la didascalia. Per le tabelle il titolo. Per entrambe il riferimento nel testo e, se opportuno, la fonte. Tutte le figure vanno inviate separate dal testo in formato digitale ad alta risoluzione. Immagini di qualità non idonea possono venir omesse, previa comunicazione all'Autore. Se fosse necessario pubblicare immagini riconoscibili del paziente, l'Autore deve richiedere il **consenso informato** alla pubblicazione al paziente o alla famiglia compilando l'apposito modulo.
- 7. Bibliografia:** va redatta in ordine di citazione (non alfabetico), secondo numerazione araba (1,2, ...). Il numero d'ordine di citazione va indicato in apice nel testo, senza ipertesto e senza parentesi. Gli Autori vanno citati tutti quando non superano il numero di 6. In caso contrario citare i primi 3, seguiti dall'abbreviazione *et al.* A seguire, nell'ordine, il titolo dell'articolo o del libro, il nome della rivista secondo le abbreviazioni internazionali, l'anno, il volume, il fascicolo, la prima e l'ultima pagina del testo e l'eventuale DOI.
Il font da utilizzare è Times, grandezza 12, interlinea 1,5.

Gli articoli non rispondenti ai requisiti verranno restituiti agli Autori prima di essere valutati.

Tutti gli articoli pubblicati sono citabili e sono validi a tutti gli effetti come pubblicazioni.

Redazione di Medico e Bambino

Via Santa Caterina, 3 - 34122 Trieste
Tel 040 3728911 - Fax 040 7606590
redazione@medicoebambino.com

Quiz di autovalutazione

La lettura di una Rivista medica è apprendimento attivo o passivo? Può essere l'uno o l'altro. PQRST è una ricetta per una lettura attiva. P STA PER PREVIEW (prelettura veloce, uno sguardo d'insieme al testo). Q STA PER QUESTION (cosa so già? cosa vorrei sapere?). R STA PER READ (lettura attenta). S STA PER STATE (bilancio delle conoscenze DOPO la lettura). T STA PER TEST (controllo, quiz). Vi proponiamo di testarvi con questi quiz PRIMA E DOPO. Se rispondete a 7 (70%), siete bravi; se rispondete a tutti, vuol dire che i quiz sono troppo facili, almeno per voi; se, a meno di 6 (50%), sono troppo difficili. Oppure dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

AGGIORNAMENTO - LA SINCOPE

1. Qual è la stima dei casi che entro l'età di 18 anni ha avuto una esperienza di sincope?
a) 5%; b) 10%; c) 15%; d) 25%.

2. La valutazione di casistiche di accessi in Pronto Soccorso per sincope ha evidenziato che:
a) La percentuale delle forme di origine neuro-mediata (vaso-vagali) è del 50%; b) La percentuale delle forme di origine neuro-mediata è dell'80%; c) Le forme che derivano da una aritmia cardiaca sono pari al 20% dei casi; d) Nessuna delle precedenti risposte è corretta.

3. Le forme di origine neuro-mediata in quale/i delle seguenti circostanze si verificano più frequentemente?
a) In posizione supina; b) Durante l'attività fisica; c) In presenza di sintomi prodromici (nausea, sensazione di testa vuota, sudorazione ecc.); d) Sia la risposta a) che c) sono corrette.

4. Se la sincope si verifica in corso di sforzo fisico deve nascere il sospetto che possa trattarsi di una sincope:
a) Di origine cardiaca; b) Neuro-mediata; c) La comparsa durante lo sforzo fisico non è indicativa di una delle due forme.

5. In una perdita di coscienza bisogna sempre chiedersi se si è trattato di una sincope o di una crisi convulsiva. Nella crisi convulsiva:
a) La deviazione dello sguardo è fissa e in alto; b) La durata della crisi è breve; c) Il mor-sus è frequente e di solito sul lato della lingua; d) La presenza di pallore è frequente.

6. Nella sincope di verosimile origine neuro-mediata l'ecocardiogramma è sempre opportuno eseguirlo
Vero/Falso

PROBLEMI CORRENTI - LA FEBBRE

7. Nel neonato e nel lattante di 1-2 mesi l'intervallo tra le dosi di paracetamolo dev'essere di:
a) 4-6 ore; b) 8 ore; c) 12 ore.

8. Sino all'anno di vita per evitare la tossicità epatica la dose massima giornaliera di paracetamolo per via orale non deve superare:

a) 40 mg/kg/die; b) 60 mg/kg/die; c) 75 mg/kg/die; d) 90 mg/kg/die.

9. In un adolescente la dose massima consigliata di paracetamolo è pari a:
a) 2 g/die; b) 3 g/die; c) 4 g/die.

10. La dose massima di ibuprofene consigliata è di:
a) 20 mg/kg/die; b) 30 mg/kg/die; c) 40 mg/kg/die.

11. In merito alla valutazione del bambino febbrile < 5 anni secondo il sistema a semaforo (basso rischio, rischio intermedio, alto rischio), quale delle seguenti condizioni pone il bambino a un rischio intermedio?
a) Una febbre che dura da più di 3 giorni; b) Una frequenza respiratoria di 45 atti/minuto tra i 6-12 mesi; c) Una tachicardia (corretta per il valore di temperatura) > 140 battiti/minuto tra i 2 e i 5 anni.

12. I lattanti febbrili con età < 3 mesi di vita vanno tutti osservati in ambiente ospedaliero, indipendentemente dallo stato delle loro condizioni generali
Vero/Falso

PROBLEMI SPECIALI LE COLESTASI NEONATALI E INFANTILI

13. La colestasi è definita biochimicamente da valori di bilirubina diretta
a) Superiori a 1 mg/dl, in valore assoluto, se la bilirubina totale (BT) rimane entro 5 mg/dl, e, per valori > 5 mg/dl, da una bilirubina diretta maggiore del 20% del totale; b) Superiori a 2 mg/dl, in valore assoluto, se la BT rimane entro 5 mg/dl, e, per valori > 5 mg/dl, da una bilirubina diretta maggiore del 30% del totale; c) Superiori a 3 mg/dl in valore assoluto (indipendentemente dal valore della BT).

14. Negli errori congeniti del metabolismo degli acidi biliari gli acidi biliari dosati nel siero sono sempre alti
Vero/Falso

15. Le gamma-GT (GGT) sono tipicamente:
a) Normali nell'atresia delle vie biliari; b) A volte normali in alcuni disordini monogenici del trasporto transmembrana degli acidi biliari; c) Normali nella sindrome di Alagille.

Risposte

AGGIORNAMENTO 1=c; 2=b; 3=c; 4=a; 5=c; 6=Falso; PROBLEMI CORRENTI 7=b; 8=b; 9=b; 10=b; 11=c; 12=Falso; PROBLEMI SPECIALI 13=a; 14=Falso; 15=b.