

NORME REDAZIONALI

Di regola, gli articoli pubblicati sono commissionati dalla Redazione all'Autore. Tuttavia, contributi non preordinati, coerenti con la linea editoriale della Rivista, che pubblica prevalentemente articoli sulla pediatria ambulatoriale e generalistica, per lo più di aggiornamento, ma anche su esperienze personali o di gruppo, o di riflessione, o di casistica ("Perché si sbaglia", "Rubrica iconografica", "Oltre lo specchio"), o di politica sanitaria, sono sicuramente molto graditi.

Gli articoli e le lettere vanno inviati alla Redazione di *Medico e Bambino*, presso la Società editrice: **Medico e Bambino**, via S. Caterina 3 34122 Trieste. Tel 040 / 3728911 Fax 040 / 7606590

È possibile l'invio anche per e-mail: redazione@medicobambino.com

Le dimensioni ideali dei contributi sono dell'ordine delle 15.000 battute (6-8 cartelle a macchina, 3-4 cartelle in videoscrittura), oltre alle illustrazioni (diapositive, disegni, grafici, tabelle) per le quali non c'è limitazione (si prega di contraddistinguere chiaramente le immagini, fornirle di didascalia, segnalare in quale punto del testo vanno citate). Per la rubrica iconografica, tra testo e immagini, lo spazio totale è quello di due facciate di rivista (circa 6000 battute di testo più illustrazioni). Indicare anche i nomi di battesimo degli Autori dell'articolo. La bibliografia va redatta in ordine di citazione. Il numero d'ordine della citazione va indicato nel testo; la voce bibliografica comprenderà i nomi degli Autori fino al quarto, il titolo dell'articolo o del libro, il nome della rivista secondo le abbreviazioni internazionali, l'indicazione del volume, la prima pagina del testo, l'anno, nell'ordine. Nella bibliografia le abbreviazioni, anche dei nomi degli Autori, non necessitano del punto.

Se il contributo è in videoscrittura, l'invio del relativo dischetto (o del file per e-mail) sarà particolarmente gradito. Se il file viene inviato per e-mail, le immagini relative dovrebbero essere inviate anche via fax o posta.

La accettazione (o la non accettazione) del contributo sarà comunicata all'Autore. La Redazione si riserva la possibilità di effettuare operazioni superficiali di editing, che, se di qualche consistenza, verranno sottoposti all'Autore. Le lettere saranno accettate in tutti i casi, e pubblicate quanto prima possibile. Per le lettere è opportuno che le dimensioni non superino le 3000 battute (una cartella in videoscrittura); in caso contrario è possibile che qualche taglio risulti necessario, senza modificare la sostanza del contenuto.

PAGINE ELETTRONICHE

Le pagine elettroniche di M&B ospitano

Contributi originali (2-4 a numero), suddivisi in due sezioni (rispettivamente: "Casi clinici contributivi" e "Ricerca"). I lavori pubblicati in questa sezione sono sottoposti a verifica da parte di un gruppo di referee e, se accettati, pubblicati per esteso on line e in abstract su questa pagina verde ENTRO 60 GG DALL'INVIO. Il lavoro originale deve essere inviato in dischetto o meglio in e-mail, non deve superare le 9000 battute (circa 3 cartelle di PC), può contenere inoltre illustrazioni e una bibliografia secondo i criteri generali della rivista (citazione in ordine di comparsa nell'articolo, i primi 3 AA, titolo, collocazione per volume, pagina, anno). L'abstract sarà elaborato in redazione. La sua traduzione in lingua inglese accompagnerà la pubblicazione in esteso "on line". Gli articoli sono archiviati, citabili, validi a tutti gli effetti come pubblicazioni. L'indice di lettura è ragionevolmente alto (circa 300 "visitatori" al giorno). I contributori riceveranno 5 estratti della pubblicazione in esteso.

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 15 (75%), siete bravi; se rispondete a tutti, vuol dire che i quiz sono troppo facili, almeno per voi; se, a meno di 10 (50%), sono troppo difficili. Oppure voi dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

OBESITÀ

1. Il BMI (Body Mass Index) è il rapporto tra peso e quadrato della statura (P/h^2)

Vero Falso

2. Il BMI ideale è eguale per entrambi i sessi e per tutte le età

Vero Falso

3. Il BMI si esprime in centili, e i suoi valori cambiano col tempo

Vero Falso

4. Nella maggior parte dei casi di obesità o sovrappeso ogni tipo di esame è superfluo per l'inquadramento e la gestione del caso

Vero Falso

5. L'apporto proteico consigliato per il bambino del terzo trimestre corrisponde approssimativamente a:

a) 1 g/kg b) 2 g/kg
c) 3 g/kg d) 4 g/kg

6. L'apporto effettivo medio di proteine nei bambini europei del terzo trimestre corrisponde approssimativamente a:

a) 1 g/kg b) 2 g/kg
c) 3 g/kg d) 4 g/kg

NEONATO

7. In Italia si risolve con parto cesareo:

a) una gravidanza su 10
b) una gravidanza su 8
c) una gravidanza su 4

8. La dimissione precoce del neonato costituisce:

a) un fattore di rischio per l'allattamento al seno
b) un fattore favorente l'allattamento al seno
c) un evento indifferente ai fini dell'allattamento al seno

PAGINE ELETTRONICHE (Dermatologia)

9. Il granuloma anulare è una manifestazione infiltrativa dermo-ipodermica, benigna, con scarsa componente flogistica, a patogenesi ignota

Vero Falso

10. Il granuloma anulare può associarsi a patologia autoimmune

Vero Falso

11. La sindrome della pelle scottata (scalded skin) è dovuta a una tossina stafilococcica,

con effetto di superantigene

Vero Falso

12. La sindrome della pelle scottata colpisce bambini al di sotto dei 5 anni di vita, o immunodepressi, ed è funzione di un difetto anticorpale specifico

Vero Falso

PIELONEFRITE

13. La presenza di febbre alta, leucocituria, batteriuria significativa, è sufficiente di per sé a porre la diagnosi di pielonefrite.

Vero Falso

14. Nel bambino dei primi mesi di vita una pielonefrite può decorrere con poca febbre o senza febbre.

Vero Falso

15. VES e CRP sono sempre elevati nella pielonefrite.

Vero Falso

16. Il modo al tempo stesso più attendibile e conveniente per ottenere un'urina non contaminata è, a qualunque età:

a) la puntura soprapubica
b) il cateterismo
c) la raccolta di urine "al volo" (mitto intermedio)
d) il sacchetto cambiato ogni 20 m'

17. Di fronte a un episodio febbrile, per escludere un'infezione urinaria, a domicilio, un test per le esterasi negativo (stix) è sufficiente

Vero Falso

18. La circoncisione ha un significativo effetto protettivo sull'infezione urinaria. È raccomandata nelle infezioni urinarie ricorrenti per prevenire le ricadute

Vero Falso

19. L'esame scintigrafico (DMSA) è consigliato in tutti i casi di pielonefrite, in acuzie, per confermare la localizzazione "alta" dell'infezione e a distanza di 3 mesi per valutare il possibile esito in "scar"

Vero Falso

20. Il trattamento antibiotico per via parenterale è indicato, in caso di pielonefrite certa, almeno per i primi giorni di malattia, in tutti i bambini sotto l'anno di vita

Vero Falso

11=Vero; 12=Vero; 13=Vero; 14=Vero; 15=Vero; 16=C; 17=Vero; 18=Vero; 19=Falso; 20=Vero. OBESITÀ 1=Vero; 2=Falso; 3=Vero; 4=Vero; 5=D; 6=D; 7=C; 8=C; 9=Vero; 10=Vero. NEONATO 7=C; 8=C; 9=Vero; 10=Vero. PIELONEFRITE 13=Vero; 14=Vero; 15=Vero; 16=C; 17=Vero; 18=Vero; 19=Falso; 20=Vero.

Risposte