

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 estenso 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 estenso "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 estenso.

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 10, siete già bravi. Se rispondete a tutti, i quiz sono troppo facili; se, a meno di 7, sono troppo difficili. O voi dovete rimettervi in discussione.

IPOTIROIDISMO CONGENITO, TIROIDE

1. L'ipotiroidismo congenito (IC) è dovuto di norma a:

- A difetto enzimatico
- B mutazione monogenica
- C ipoplasia e/o ectopia
- D cause materne (carenziali e/o immunitarie)

2. Indica la risposta errata:

L'ipotiroidismo neonatale transitorio (INT):

- A è un fattore confondente per lo screening
- B di norma va trattato
- C può esser dovuto: a carenza di iodio
- D a eccesso di iodio
- E a immaturità ipotalamo-ipofisaria
- F a sofferenza perinatale

3. Indica la risposta errata:

- A l'IC risulta 10 volte più frequente allo screening che non al riscontro clinico
- B ha la stessa incidenza dello INT
- C l'incidenza è dell'ordine di 1:2.500
- D la dose/kg di ormone sostitutivo aumenta con l'età

FEBBRE

4. Indica la risposta errata:

- A la febbre inocente è dovuta a eccesso di IL-1
- B il picco di età più colpito è 10-12 anni
- C è una diagnosi di esclusione
- D la normalità di VES, CRP, emocromo, Mantoux sono criteri sufficienti
- E è quasi sempre asintomatica

5. La VES, rispetto alla CRP, è:

- A più sensibile per malattia organica
- B più specifica per malattia organica
- C meglio discriminante tra eziologia virale e batterica
- D è un esame inutile, sostituibile dalla CRP

6. L'aumento dei neutrofili, delle piastrine, della CRP, della VES sono:

- A effetti diversi della stessa cascata citochinica
- B effetto di citochine diverse, tutte attivate indirettamente da IL-1
- C risposte specifiche, ciascuna delle quali è mos- sa da meccanismi fisiologici diversi

7. L'idea che la temperatura febbrile sia utile alla clearance batterica o virale:

- A è ormai superata
- B è l'esatto contrario della verità
- C è sperimentalmente dimostrata nell'animale ma non nell'uomo
- D ci sono evidenze certe della sua utilità

8. La tonsillite da Adenovirus dà una risposta di laboratorio:

- A pressoché nulla
- B discreta
- C molto intensa, maggiore rispetto alla tonsillite streptococcica

9. Una neutropenia si può trovare comunemente:

- A nella infezione da Adenovirus
- B nella infezione da Parvovirus
- C nella infezione da Moraxella
- D nella infezione da EBV

CASI INDIMENTICABILI

10. La *Bartonella henselae* è causa di:

- A FUO
- B granulomi epatici
- C eritema nodoso
- D discite
- E encefalite
- F tutte queste manifestazioni

PALIVIZUMAB

11. Il VRS:

- A ha 3 sierotipi
- B tutti i sierotipi del VRS producono bronchioliti della stessa gravità
- C è disponibile un vaccino anti-VRS
- D nessuna di queste affermazioni è vera
- E tutte queste affermazioni sono vere

FEBBRI RICORRENTI

12. La febbre familiare mediterranea (FMF):

- A è una malattia autosomica recessiva
- B risponde al cortisone
- C è caratterizzata da indici di flogosi alti anche fuori malattia
- D è praticamente inesistente in Italia

13. Una febbre di alcuni giorni, ad alta ricorrenza, con tonsillite e alti indici di flogosi (normali fuori malattia), evoca:

- A un difetto immunitario
- B una sindrome da iper-IgD
- C una sindrome da iper-IgE
- D niente di tutto questo

14. Un quadro simile può esser dovuto anche a:

- A infezione cronica o ricorrente da Adenovirus
- B FMF
- C una banale sindrome delle infezioni respiratorie ricorrenti
- D un equivalente emicranico
- E tutte queste condizioni

TIROIDE 1=C; 2=B; 3=D; CASI INDIMENTICABILI 10=F; PALIVIZUMAB 11=F; FEBBRI RICORRENTI 12=A; 13=B; 14=A

Risposte