

## 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, 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 in 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, la prima e l'ultima pagina del testo. 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 9 (70%), siete bravi; se rispondete a tutti, vuol dire che i quiz sono troppo facili, almeno per voi; se, a meno di 7 (50%), sono troppo difficili. Oppure dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

### AGGIORNAMENTO - MENINGITE NEL NEONATO E NEL PICCOLO LATTANTE

**1. Per convenzione la *early onset sepsis* è quella che insorge entro:**

- a) 3 giorni di vita; b) 7 giorni; c) 14 giorni; d) 30 giorni.

**2. Nei primi 3 giorni di vita i principali batteri responsabili di infezione sono:**

- a) Streptococco beta-emolitico di gruppo B (GBS), *Escherichia coli* e *Klebsiella*; b) GBS, *E. coli* e *Listeria monocytogenes*; c) *E. coli*, *Listeria* e diversi ceppi di streptococco.

**3. In che percentuali di casi l'emocoltura può essere negativa nel neonato-piccolo lattante con meningite?**

- a) Sino al 20% dei casi; b) Sino al 30% dei casi; c) Sino al 50% dei casi.

**4. Il *gold standard* per la diagnosi di meningite neonatale è la rachicentesi con coltura liquorale**

Vero/Falso

### PROBLEMI CORRENTI

LA CISTOURTROGRAFIA NEI LATTANTI ALLA PRIMA INFEZIONE DELLE VIE URINARIE

**5. I lattanti con età < 3 mesi con un primo episodio di IVU febbrile non da *E. coli* e con concomitante anomalia riscontrata all'ecografia renale hanno un rischio di mostrare alla cistourtrografia un reflusso vescico-ureterale (RVU) di alto grado (> III grado) pari al:**

- a) 10% dei casi; b) 20%; c) 50%.

**6. Nei lattanti con età < 3 mesi con IVU febbrile, ecografia renale negativa e infezione da *E. coli*, il rischio di avere un RVU di alto grado è del:**

- a) 1%; b) 10%; c) 30%.

**7. Dati recenti della letteratura evidenziano che meno dell'1% dei bambini con normale funzione renale al primo episodio di pielonefrite va incontro a un progressivo peggioramento della funzione renale durante il periodo di follow-up**

Vero/Falso

**8. È dimostrato che la profilassi antibiotica delle IVU è in grado di ridurre l'incidenza del danno renale**

Vero/Falso

### RICERCA

AMBLOPIA: MODALITÀ DI INVIO ALLO SPECIALISTA OFTALMOLOGO E RUOLO DELLO SCREENING PEDIATRICO

**9. L'ambliopia è la riduzione, in genere unilaterale, della migliore acuità visiva corretta. L'ambliopia monolaterale è definita come differenza di acuità visiva corretta tra i due occhi di più di:**

- a) 2/10; b) 3/10; c) 5/10.

**10. Qual è la forma di ambliopia più frequente secondo i risultati di uno studio condotto in un Centro di riferimento regionale?**

- a) La forma strabica; b) La forma deprivazionale; c) La forma refrattiva.

**11. Il difetto refrattivo maggiormente ambliopigeno risulta essere l'anisometropia:**

- a) Ipermetropia; b) Astigmatia; c) Miopia.

**12. Quale delle tre forme di ambliopia migliora meno con il trattamento riabilitativo?**

- a) La forma deprivazionale; b) La forma strabica; c) La forma refrattiva.

### L'ESPERIENZA CHE INSEGNA

REUMATOLOGIA ATTRAVERSO I CASI

**13. La frequenza di ricorrenza della malattia di Kawasaki (MK) che si può verificare entro un mese dalla guarigione non è stata definita con precisione in letteratura. Stime realistiche riportano una probabilità pari:**

- a) All'1%; b) Al 10%; c) Al 20%.

**14. La ricorrenza della MK si può manifestare:**

- a) Con sintomi più o meno completi che sono l'esatta riproposizione del quadro precedente; b) Con la possibile mancanza di febbre o da lieve febbricola e dalla contemporanea presenza di tenui segni clinici della MK (iperemia della mucosa orale, lieve congiuntivite); c) Sia il quadro a) che quello b).

## Risposte

AGGIORNAMENTO 1=a; 2=b; 3=c; 4=Vero; PROBLEMI CORRENTI 5=c; 6=a; 7=Vero; 8=Falso; RICERCA 9=a; 10=c; 11=a; 12=b; L'ESPERIENZA CHE INSEGNA 13=a; 14=c.