

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

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

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

Le **dimensioni** ideali dei contributi sono dell'ordine delle 15-20.000 battute (3-5 cartelle in videoscrittura). Contributi più brevi sono comunque benvenuti, così come brevi segnalazioni da riportare nella rubrica "Osservatorio". Contributi troppo lunghi saranno inevitabilmente soggetti a tagli.

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).

Si prega di includere un **sommario** in italiano (e possibilmente anche in inglese), di dimensioni comprese tra 600 e 800 battute, avendo cura di riportare i contenuti (anche quantitativi quando il caso) e i messaggi essenziali.

Le **illustrazioni** (disegni, grafici, tabelle) sono opportune. In linea di massima non dovrebbero eccedere le 6-8 illustrazioni (comprese le tabelle) per articolo. Aggiungere le didascalie e il riferimento nel testo.

Indicare i nomi di battesimo degli Autori dell'articolo. Se il file viene inviato per e-mail, le immagini relative dovrebbero essere inviate anche via fax o per posta. Va indicato il nome dell'Autore, a chi inviare la corrispondenza, con n° di telefono, fax ed e-mail.

Le **lettere** saranno accettate in tutti i casi, e pubblicate quanto prima possibile. È opportuno che le dimensioni non superino le 3000 battute (una cartella in videoscrittura); in caso contrario è possibile che qualche taglio risulti necessario.

La **bibliografia** va redatta in ordine di citazione. Il numero d'ordine della citazione va indicato nel testo. Gli Autori vanno interamente riportati quando non superano il numero di sei. In caso contrario citare i primi tre, 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, l'indicazione del volume, la prima e l'ultima pagina del testo.

Tutti i contributi, sia quelli inviati alla rivista che quelli richiesti dal Comitato Scientifico, saranno vagliati dal comitato stesso e comunque inviati a tre **referee** esterni. Il giudizio del referee sarà comunicato all'Autore assieme con le conclusioni (accettato, accettato dopo modifiche, respinto) e gli eventuali suggerimenti. Si ricorda che il giudizio del Comitato Editoriale così come quello richiesto ai referee riguarda sia l'interesse e la validità dei contenuti sia la leggibilità dell'articolo e la sua fruibilità pratica da parte dei lettori.

La Redazione si riserva la possibilità di effettuare operazioni di **editing**, che, se di qualche consistenza, verranno sottoposti all'Autore per approvazione.

Le **Pagine elettroniche** ospitano:

Contributi originali, suddivisi in due sezioni (rispettivamente: "Casi clinici contributivi" e "Ricerca"). I lavori pubblicati in questa sezione sono sottoposti a verifica da parte dei referee e, se accettati, pubblicati per estenso on line e in abstract sulla pagina verde. Il lavoro originale deve essere inviato in dischetto o meglio per 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 (vedi sopra). Si prega di includere un **sommario** in italiano (e possibilmente anche in inglese), avendo cura di riportare i contenuti (anche quantitativi quando il caso) e i messaggi essenziali. Gli articoli sono archiviati, citabili, validi a tutti gli effetti come pubblicazioni.

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 12 (70%), siete bravi; se rispondete a tutti, vuol dire che i quiz sono troppo facili, almeno per voi; se, a meno di 9 (50%), sono troppo difficili. Oppure voi dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

PAGINA GIALLA

1. Esiste una correlazione significativa tra BMI del bambino e rischio di infarto nell'adulto. Tale rischio riguarda i centili di BMI:
a) >90°; b) >80; c) >70; d) >60; e) >50.

2. Questo rischio è reversibile se l'intervento sullo stile di vita è significativamente efficace sul peso.

Vero/Falso

3. Chikungunya è:

a) Una malattia esantematica da Arbovirus;
b) Una malattia da Rickettsia; c) Una sindrome esantematica con eziologia multipla.

4. Si trasmette:

a) Per la puntura da parte di un vettore specifico (insetto); b) Per contatto con l'animale portatore (felino); c) Per contatto diretto tra sano e malato (goccioline di Pflugge).

5. La malattia ha una durata di:

a) 3 giorni; b) 7 giorni; c) 10 giorni.

FOCUS

6. La dose efficace di salbutamolo:

a) È eguale alla dose da somministrare per os (1 mg=1 mg); b) È eguale a 1/5 della dose orale (0,2 mg=1 mg); c) È eguale a 1/10 della dose orale (0,1 mg=1 mg).

7. L'uso del distanziatore riduce la quantità di farmaco inalato:

a) Di circa il 20%; b) Di circa il 50%; c) Di più del 50%.

8. La somministrazione per aerosol pneumatico garantisce un arrivo al polmone della sostanza nebulizzata:

a) Alquanto maggiore e meglio garantita rispetto a quella somministrata per spray + distanziatore; b) Alquanto minore e più imprevedibile rispetto a quella somministrata per spray + distanziatore.

9. La dose di broncodilatatore (salbutamolo) da somministrare a un bambino anche piccolo mediante spray + distanziatore (numero di puff, distanza tra i puff) va valutata, sia pure a spanne:

a) Sul peso del bambino (in un bambino di 15 kg 1/3-1/4 della dose dell'adulto); b) Va somministrata con una frequenza standard (2 puff ogni 6 ore); c) Va somministrata, come per l'adulto, in funzione del bisogno, non del peso del soggetto (anche 10 puff in un'ora).

10. La somministrazione attraverso un nebulizzatore a ultrasuoni garantisce una quantità e qualità di assunzione e distribuzione del farmaco migliore di quella di un apparecchio pneumatico.

Vero/Falso

11. La valvola nel distanziatore:

a) Serve a impedire la re-immissione nel distanziatore dell'aria espirata; b) Serve a trattenerne nel distanziatore la componente più grossolana dello spray (> 5 micrometri); c) Serve a entrambe le funzioni, ma in pratica non c'è differenza di efficacia tra un distanziatore con valvola e uno senza valvola.

12. La mascherina:

a) È meglio del boccaglio; b) È peggio del boccaglio; c) Boccaglio e mascherina sono due scelte da fare in funzione dell'età del soggetto.

ORTICARIA POST-INFETTIVA

13. L'orticaria post-infettiva si osserva:

a) In tutte le età della vita; b) Prevalentemente nel bambino in età prescolare; c) Prevalentemente nel bambino in età scolare e nell'adolescenza.

14. L'orticaria post-infettiva è caratterizzata prevalentemente:

a) Dall'aspetto degli elementi; b) Dall'intensità del prurito; c) Dalla localizzazione prevalente alle estremità.

15. L'orticaria post-infettiva:

a) Di solito si limita a un singolo episodio; b) Ha tendenza a ripetersi; c) È in realtà un'orticaria da farmaci; quindi si ripete, se si ripete la somministrazione del farmaco responsabile.

16. L'orticaria post-infettiva è tendenzialmente:

a) Fugace; b) Persistente.

DOMANDE E RISPOSTE

17. Un episodio convulsivo non febbrile rappresenta una possibile controindicazione al completamento vaccinale

Vero/Falso

18. C'è una ipersensibilità crociata tra aspirina e paracetamolo

Vero/Falso

Risposte

PAGINA GIALLA 1=e; 2=Vero; 3=a; 4=a; 5=b; FOCUS 6=c; 7=c; 8=b; 9=c; 10=Falso; 11=c; 12=c; ORTICARIA POST-INFETTIVA 13=b; 14=a; 15=b; 16=b; DOMANDE E RISPOSTE 17=Falso; 18=Falso.