

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 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 11 (70%), siete bravi; se rispondete a tutti, vuol dire che i quiz sono troppo facili, almeno per voi; se, a meno di 8 (50%), sono troppo difficili. Oppure dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

PAGINA GIALLA

1. Una delle principali cause di epatocolangite è la malattia di Kawasaki

Vero/Falso

2. La celiachia materna quando non riconosciuta può essere correlata a un esito sfavorevole della gravidanza. Sulla base di alcune recenti evidenze l'effetto negativo sulla crescita intrauterina sarebbe dovuto:

a) A una carenza nutrizionale (ferro, folati, vitamina B12); b) All'effetto negativo degli anticorpi anti-tTG sulla vitalità e funzione del trofoblasto.

PROBLEMI CORRENTI

FRUTTOSIO PRIMA DEL DIVEZZAMENTO

3. Quali delle seguenti affermazioni è errata?

a) Il fruttosio fornisce 4 kcal per grammo; b) È meno dolce del saccarosio; c) Circa il 70% del fruttosio è metabolizzato dal fegato; d) Ha un effetto modesto sulla secrezione insulinica.

4. I sintomi dell'intolleranza ereditaria al fruttosio possono essere molto vari e di differente gravità. Tra questi sono presenti:

a) Il vomito; b) Il rifiuto dei cibi dolci; c) L'ittero; d) Il ritardo di crescita; e) Tutti i precedenti; f) Tutti i precedenti tranne uno.

5. È stato dimostrato che la gravità dei sintomi correla con l'età di esposizione al fruttosio

Vero/Falso

PROBLEMI SPECIALI

DILATAZIONI CISTICHE DELLE VIE BILIARI

6. Delle cinque varianti anatomiche di dilatazioni cistiche delle vie biliari il tipo 1 (nelle varianti 1c e 1f) rappresenta:

a) Meno del 20% delle forme; b) Il 50% delle forme; c) Circa l'85% di tutte le forme.

7. Da un punto di vista clinico la maggioranza delle dilatazioni cistiche delle vie biliari si presenta nel periodo neonatale o nei primi mesi di vita

Vero/Falso

8. L'incidenza delle dilatazioni cistiche delle vie biliari nei Paesi occidentali è pari a:

a) 1 caso/5000; b) 1 caso/15.000; c) 1 caso/20.000.

FARMACORIFLESSIONI

9. Il midazolam per via oromucosale rispetto al diazepam rettale:

a) È meno efficace; b) È parimente efficace ma con una minore rapidità di intervento terapeutico; c) Ha un'efficacia pari o superiore con una maggiore rapidità di intervento terapeutico.

10. La dose di midazolam per via oromucosale è di:

a) 0,2 mg/kg; b) 0,5 mg/kg; c) 1,0 mg/kg.

PEDIATRIA FLASH

11. Di fronte a una proteinuria lieve allo stix urine se il peso specifico urinario è alto (urine concentrate) è possibile che si tratti di un falso positivo

Vero/Falso

12. Di fronte a una proteinuria lieve isolata la probabilità che si tratti di una malattia glomerulare riguarda:

a) L'1% dei casi; b) Il 10% dei casi; c) Il 30% dei casi.

13. In caso di microematuria isolata in che percentuale può trattarsi di un reale problema glomerulare o delle vie urinarie (per es. malformazioni)?

a) 5%; b) 15%; c) 25%.

14. Se allo stix urine invece si riscontra la presenza di ematuria e proteinuria la probabilità di trovarsi di fronte a una malattia glomerulare possono riguardare circa il:

a) 20% dei casi; b) 40% dei casi; c) 60% dei casi.

DIGEST - NUOVE LINEE GUIDA DELL'AAP SULL'OTITE MEDIA ACUTA

15. Le nuove Linee Guida dell'American Academy of Pediatrics prevedono che nel bambino tra i 6 mesi e i 24 mesi con OMA unilaterale possa essere prevista la strategia della vigile attesa

Vero/Falso

16. Nei casi in cui venga utilizzato l'antibiotico si consiglia in prima istanza l'utilizzo:

a) Dell'amoxicillina; b) Di un antibiotico inibitore di beta-lattamasi; c) Dipende caso per caso.

Risposte

PAGINA GIALLA 1=Vero; 2=b; PROBLEMI CORRENTI 3=b; 4=e; 5=Vero; PROBLEMI SPECIALI 6=c; 7=Falso; 8=b; FARMACORIFLESSIONI 9=c; 10=b; PEDIATRIA FLASH 11=Vero; 12=a; 13=a; 14=c; DIGEST 15=Vero; 16=a.