

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli **articoli inediti** vanno inviati via e-mail a:
redazione@medicobambino.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@medicobambino.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 10 (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.

PAGINA GIALLA

1. Sino al 20% dei bambini con neurofibromatosi di tipo 1 sviluppa un astrocitoma pilocitico del nervo ottico prima dei 6 anni. Quale delle seguenti strategie diagnostiche sembra essere opportuna?

- a) Eseguire un controllo annuale con la RM;
b) Eseguire periodicamente un controllo clinico e oculistico; c) Entrambe le strategie sono fortemente raccomandate.

2. Uno studio clinico randomizzato controllato su bambini con esofagite severa da ingestione di caustici dimostra che l'uso dello steroide ev ad alte dosi riduce il rischio di sviluppare stenosi esofagee

Vero/Falso

AGGIORNAMENTO

IPOACUSIA INFANTILE PERMANENTE

3. L'ipoacusia infantile può essere isolata oppure associata a differenti profili clinici (ipoacusia di tipo sindromico). Quale percentuale di casi riguarda le forme isolate?

- a) 30%; b) 50%; c) 70%.

4. Quale sembra essere la percentuale delle forme di ipoacusia che si sviluppano dopo il periodo neonatale e che non possono essere pertanto identificate con lo screening neonatale?

- a) 10-15%; b) 25-30%; c) 45-50%.

5. Nella popolazione pediatrica dei Paesi industrializzati la prevalenza di ipoacusia bilaterale permanente congenita (> 40 dB di perdita per l'orecchio migliore) è di circa:

- a) 1 caso su mille; b) 5 casi su mille; c) 10 casi su mille.

6. Quale delle seguenti affermazioni è giusta:

- a) Lo screening neonatale dell'udito con metodica oggettiva va eseguito entro il primo mese di vita; b) La valutazione audiologica di II livello entro i 3 mesi per coloro che non passano lo screening; c) L'intervento appropriato va attuato entro i 6 mesi nei casi in cui si diagnosticano una condizione di ipoacusia bilaterale permanente; d) Tutte le precedenti; e) Tutte le precedenti tranne una.

PROBLEMI SPECIALI

UTILIZZO DEL CATETERE VESCICALE

7. In quale delle seguenti condizioni non andrebbe posizionato il catetere vescicale?

- a) Stato di shock; b) Macroematuria grave persistente; c) Nel paziente con vescica neurologica; d) In caso di frattura del bacino.

LINEE GUIDA

APLASIE MIDOLLARI ACQUISITE

8. La maggioranza dei casi di aplasia midollare risultano essere:

- a) Idiopatiche; b) Da farmaci; c) Congenite; d) Da causa infettiva.

9. Le aplasie midollari vengono distinte in "moderata e non grave", "grave", "molto grave". Nella forma grave devono essere presenti almeno due delle seguenti condizioni: a) neutrofilii <500/mm³; b) piastrine <50.000/mm³; c) reticolociti <20.000/mm³ Vero/Falso

10. I pazienti con aplasia midollare grave o molto grave (trasfusione-dipendenti) devono essere candidati al trapianto di midollo utilizzando possibilmente cellule staminali midollari:

- a) L'indicazione è giusta perché le probabilità di remissione spontanea sono basse; b) L'indicazione non è corretta perché le percentuali di remissione sono molto alte; c) Deve essere sempre prima eseguita una terapia immunosoppressiva.

11. Nei casi in cui si decide di utilizzare la terapia immunosoppressiva lo schema consigliato è:

- a) Ciclosporina e siero antilinfocitario di coniglio; b) Ciclosporina e siero antilinfocitario di cavallo; c) Ciclosporina e azatioprina; d) Ciclosporina e infliximab.

PAGINE ELETTRONICHE

MALATTIA DI POMPE

12. La malattia di Pompe o glicogenosi di tipo II è una malattia da accumulo lisosomiale a trasmissione:

- a) Autosomica dominante; b) Autosomica recessiva; c) X linked.

13. Tra i segni clinici e/o di laboratorio della glicogenosi è frequente:

- a) L'ipoglicemia; b) La macroglossia; c) L'aumento delle transaminasi; d) Una cardiomiopatia emodinamicamente significativa (tra le 4 e le 8 settimane di vita); e) Tutte le precedenti; f) Tutte le precedenti tranne una.

14. L'incidenza della malattia di Pompe è pari a:

- a) 1 caso su 10.000; b) 1 caso su 20.000; c) 1 caso su 40.000; d) 1 caso su 100.000.

Risposte

PAGINA GIALLA 1=b; 2=Vero; AGGIORNAMENTO 3=c; 4=b; 5=a; 6=d; PROBLEMI SPECIALI 7=d; LINEE GUIDA 8=a; 9=Falso; 10=a; 11=b; PAGINE ELETTRONICHE 12=b; 13=f; 14=c.