

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 (con al massimo 40 referenze), 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, il fascicolo, la prima e l'ultima pagina del testo e l'eventuale DOI.
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 7 (70%), siete bravi; se rispondete a tutti, vuol dire che i quiz sono troppo facili, almeno per voi; se, a meno di 6 (50%), sono troppo difficili. Oppure dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

AGGIORNAMENTO - STROKE

1. L'incidenza dello stroke in età pediatrica, fatta eccezione per il periodo neonatale è pari a:

- a) 1-7 casi/100.000 bambini per anno; b) 10-20 casi/100.000 bambini per anno; c) 30-40 casi/100.000 bambini per anno.

2. La distinzione dei sintomi dello stroke ischemico rispetto a quelli con emicrania deve far porre attenzione all'insorgenza e alle caratteristiche dei sintomi. Quale/i dei seguenti sono corretti e depongono per un possibile stroke piuttosto che per un'emicrania?

- a) Insorgenza molto rapida nell'emicrania, più graduale nello stroke; b) Età media più bassa nello stroke; c) Disartria e impossibilità a stare in piedi; d) Presenza di sintomi sensitivi/dispercettivi; e) Sia la risposta b) che c) sono corrette; f) Sia la risposta a) che c) sono corrette.

3. Nello stroke in età pediatrica quale delle seguenti affermazioni è corretta?

- a) Fino al 40% dei casi rimane di origine sconosciuta; b) In oltre la metà dei casi dipende da una malformazione cardiaca (prevalentemente DIA); c) La causa non è quasi mai identificabile in una causa infettiva, post infettiva.

4. Qual è la stima del rischio di ricorrenza di uno stroke in età pediatrica?

- a) 5-10% dei casi; b) 10-20%; c) 20-30%; d) 30-40%.

5. La trombolisi dello stroke ischemico nell'adulto è prassi diffusa e consolidata. È possibile prevederla in singoli casi anche nel bambino/adolescente. Entro quante ore dalla presunta insorgenza dei sintomi deve essere eseguita?

- a) Entro 2,5 ore; b) Entro 4,5 ore; c) Entro 8 ore; d) Entro 12 ore.

6. La trombolisi viene eseguita nel paziente adulto con tPA (tissue Plasminogen Activa-

tor). La dose prevista in alcune raccomandazioni anche nel bambino/adolescente (in casi selezionati) è pari a:

- a) 0,2-0,4 mg/kg; b) 0,4-0,6 mg/kg; c) 0,6-0,9 mg/kg.

**PROBLEMI SPECIALI
ESPOSIZIONI RADIODIAGNOSTICHE**

7. Alcuni studi hanno documentato che nei bambini l'esposizione a dosi cumulative di 50-60 mGy è in grado, rispetto al rischio di leucemia e di tumore cerebrale di:

- a) Raddoppiarlo; b) Triplicarlo; c) Quintuplicarlo.

8. In un bambino di 5 anni l'esecuzione di una TC del cranio a quale numero equivalente di radiografie del torace corrisponde?

- a) 20; b) 50; c) 100; d) 200.

9. In un bambino di 5 anni l'esecuzione di una cistoscintigrafia Tc-99m a quale numero equivalente di radiografie del torace corrisponde?

- a) 3; b) 5; c) 9; d) 15.

ABC - NEVI

10. I nevi melanocitici congeniti grandi/giganti sono definiti tali se superano in dimensioni il diametro di:

- a) 2 cm; b) 5 cm; c) 10 cm; d) 20 cm.

11. I bambini da considerare a rischio per lo sviluppo di un melanoma sono:

- a) Tutti quelli che presentano un nevo congenito o acquisito indipendentemente dalle loro dimensioni; b) I bambini che presentano un nevo melanocitico congenito gigante; c) I bambini con pelle molto chiara che hanno dei nevi.

12. Almeno i 2/3 dei casi di melanoma compare de novo su cute integra e non è una trasformazione maligna di un nevo melanocitario pre-esistente

Vero/Falso

Risposte

AGGIORNAMENTO 1=a; 2=e; 3=a; 4=c; 5=b; 6=c; PROBLEMI SPECIALI 7=b; 8=d; 9=c; ABC 10=d; 11=b; 12=Vero.