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 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. Recenti studi dimostrerebbero che nello svezzamento la precoce introduzione di cibi solidi (cereali, uovo, pesce) riduce significativamente il rischio di manifestazioni atopiche
Vero/Falso

2. Tra le manifestazioni cardiache della malattia di Kawasaki è possibile la comparsa di una insufficienza mitralica che riguarderebbe:
a) Il 5% dei casi; **b)** Il 10% dei casi; **c)** Il 20% dei casi.

3. Di fronte a un bambino con fossetta o seno preauricolare è sempre necessario valutare la presenza di segni clinici per escludere una condizione sindromica. Se il bambino non presenta segni di allarme è comunque sempre raccomandata una ecografia renale
Vero/Falso

AGGIORNAMENTO

RACHITISMO VITAMINA D-RESISTENTE

4. Il rachitismo ipofosfatemico è geneticamente trasmesso e ha una ereditarietà:
a) X linked; **b)** Autosomica dominante; **c)** Autosomica recessiva; **d)** Tutte e tre le precedenti forme di ereditarietà sono possibili.

5. L'associazione di ipofosfatemia con normocalcemia e normali valori di paratormone è di solito indicativa di una forma di rachitismo:
a) Carenziale; **b)** Sia carenziale che ipofosfatemico; **c)** Ipofosfatemico.

6. Le caratteristiche biochimiche della maggioranza delle forme di rachitismo ipofosfatemico sono di solito le seguenti: normocalcemia, ipofosfatemia, calciuria normale, paratormone normale, 25-OH-D normale
Vero/Falso

RICERCA

PRESCRIZIONE DELLA VITAMINA D ALLA DIMISSIONE DEL NEONATO SANO

7. Per la prevenzione del rachitismo o dell'insufficienza di vitamina D quale dose di vitamina D viene raccomandata ai neonati dai primi giorni di vita?
a) 200 UI/die; **b)** 400 UI/die; **c)** 800 UI/die; **d)** Dipende caso per caso a seconda del tipo di alimentazione.

PROBLEMI SPECIALI

LE CILIOPATIE

8. Le ciliopatie comprendono un gruppo di patologie ereditarie le cui manifestazioni cliniche interessano:
a) Esclusivamente il rene (displasia renale o malattia policistica in varie forme ereditarie); **b)** Il rene, la retina, il fegato e il sistema nervoso centrale.

9. La malattia policistica renale autosomica recessiva (ARPKD) può presentarsi alla nascita con oligoidramnios e insufficienza respiratoria
Vero/Falso

10. Il quadro clinico dell'ARPKD è estremamente variabile. Nei casi a esordio neonatale:
a) Può esserci una mortalità precoce per insufficienza respiratoria; **b)** Circa la metà dei neonati che sopravvive progredisce fino all'insufficienza renale terminale nella prima decade di vita; **c)** Entrambe le possibilità sono vere; **d)** L'insufficienza renale è possibile ma molto più tardiva.

PEDIATRIA FLASH

IL PEDIATRA E LE SINDROMI

11. L'ipoacusia nel bambino può essere associata a un quadro sindromico nel:
a) 10% dei casi; **b)** 20% dei casi; **c)** 30% dei casi.

12. In Italia una stima epidemiologica identificherebbe una sindrome genetica in:
a) 1 bambino/200; **b)** 1 bambino/500; **c)** 1 bambino/1000.

PAGINE ELETTRONICHE

L'UVEITE NEL BAMBINO

13. L'uveite anteriore nel bambino in circa la metà dei casi è associata all'artrite idiopatica giovanile
Vero/Falso

14. I sintomi dell'uveite possono essere:
a) Arrossamento oculare; **b)** Dolore oculare; **c)** Calo del visus; **d)** Fotopsia (sensazione visiva di lampi); **e)** Miodesopsia (mosche volanti); **f)** Tutti i precedenti; **g)** Tutti i precedenti tranne due.

Risposte

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