

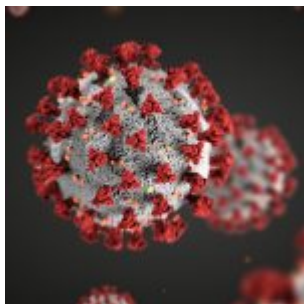
Australijska policja może porywać ludzi z powodów medycznych i pozbywać się wszystkiego „łącznie z bielizną”, aby na siłę podawać szczepionki



Artykuł został zarchiwizowany. Znajdziesz go w poniższym linku.

[Archiwum](#)

Indyjski ekspert ds. Broni biologicznej mówi, że covid-19 to „bioterroryzm”



Policjant w Indiach, który również twierdzi, że jest ekspertem od broni biologicznej, napisał [nową książkę](#) sugerującą, że koronawirus z Wuhan (covid-19) jest produktem bioterroryzmu.

Dr Sharad S. Chauhan, odznaczony oficer indyjskiej policji (IPS), twierdzi w swojej książce *„COVID-19 – Oportunistyczny bioterroryzm? Wirus z Chin, który ma zmienić historię świata”*, że eksperymenty przeprowadzane na koronawirusach podobnych do SARS w komunistycznych Chinach doprowadziły do □ uwolnienia koronawirusa z Wuhan (covid-19).

Chauhan sugeruje w swojej książce, że od ponad dekady chińscy naukowcy majstrują przy koronawirusie. Następnie, gdy gospodarka Chin była w rozsypce, nowy wirus pojawił się nagle po raz pierwszy w wyniku oportunistycznego bioterroryzmu, twierdzi.

„To, co zaczęło się jako wybuch epidemii w Chinach pod koniec 2019 roku, jest teraz globalną klęską”, donosi *Great Game India*, czasopismo poświęcone geopolityce i stosunkom międzynarodowym.

„Szalejąca pandemia COVID-19 zmieniła świat jak nigdy dotąd, w tym wielkie wojny i pandemie z przeszłości. Strategiczne, geopolityczne i geoekonomiczne konsekwencje COVID-19 powoli się ujawniają. Wirus z Chin ma zmienić świat ”.

Bioterroryzm oportunistyczny zawiera 101 krytycznych pytań dotyczących COVID-19

Książka Chauhana opiera się zarówno na informacjach naukowych, jak i na otwartym źródle, aby przeanalizować dowody dotyczące pochodzenia koronawirusa z Wuhan (covid-19) z chińskiego

laboratorium. Opiera się również na własnych doświadczeniach Chauhana w szkole medycznej i w indyjskiej policji.

Jego książka porusza również to, co według *Great Game India* to 101 „krytycznych pytań” dotyczących koronawirusa z Wuhan (covid-19), które zasługują na odpowiedzi. Podczas gdy kwestia jego powstania w chińskim laboratorium została usunięta z głównego tekstu i umieszczona w załączniku, pojawiają się inne kwestie, które zasługują na rozważenie.

„Załączony kwestionariusz jest rozsądnym połączeniem pytań wyjaśniających i dociekających i jest wartościowy sam w sobie, niezależnie od odpowiedzi, ułatwiającej efektywną dyskusję na ten temat” – donosi czasopismo.

„Książka jest jednym źródłem informacji o wszystkich spornych kwestiach związanych z pandemią COVID-19” – dodaje.

Czy opis wydarzeń dr Li-Meng Yan wystarczy jako dowód bioterroryzmu?

Inną osobą rozpowszechniającą narrację o bioterroryzmie jest dr Li-Meng Yan, o której pisałem, że wystąpiła jako rodzaj demaskatora z twierdzeniami, że koronawirus z Wuhan (covid-19) jest w rzeczywistości bronią biologiczną.

Dr Li-Meng pojawiła się w *Fox News* i w innych miejscach, aby zasugerować, że nowy wirus „pochodzi z laboratorium wojskowego Chińskiej Partii Komunistycznej (KPCh)”. Ponadto zasugerowała, że „narracja o targu w Wuhan „była używana tylko jako przynęta”.

Niektórzy kwestionowali zasadność twierdzeń dr Li-Meng, podczas gdy inni uważają, że mówi prawdę. Obecnie nie przebywa w komunistycznych Chinach, mimo że mieszkała tam przed przedstawieniem rzekomych rewelacji.

Dalsze twierdzenia dr Li-Meng obejmują zarzut, że próbowała udać się do swoich przełożonych w sprawie tego, co odkryła na

temat wirusa, ale została zignorowana. Wyraziła również obawy, że może „zniknąć w każdej chwili” za zadawanie pytań, chociaż nadal jest w obiegu medialnym.

Jedno jest pewne: koronawirus z Wuhan (covid-19) *nie* jest zjawiskiem naturalnym, ani nie pojawił się spontanicznie bez inspiracji „nauką”. Mając to na uwadze, można bezpiecznie założyć, że jest przynajmniej trochę prawdy w twierdzeniach, że nowy wirus jest chińską bronią biologiczną, jeśli nie chińską bronią psychologiczną, która została zaprojektowana, aby wywołać maksymalny terror wśród mas.

„To takie niepokojące” – napisał jeden z użytkowników Twittera w odpowiedzi na tweeta *Great Game India* z marca, który jako jeden z pierwszych ujawnił koronawirusa Wuhan (covid-19) jako potencjalną broń biologiczną. „Jeśli to prawda, to urzędnicy @WHO są zdecydowanie w parze z #Chinami”.

Źródła:

GreatGameIndia.com

NaturalNews.com

**Polski Związek Głuchych:
Osoba słyszająca nie dogada się
z głuchym na kartce – język
polski dla głuchych to język**

obcy



Osoby słyszące nie do końca są świadome, czym jest głuchota. Często myślą sobie, że jeśli ktoś nie słyszy, to można porozumieć się z nim, pisząc na kartce. A dla osoby głuchej język polski jest językiem obcym, jak dla nas angielski – powiedziała PAP Bożena Borowska z Polskiego Związku Głuchych.

Głusi bowiem – tłumaczyła PAP Borowska, prywatnie mama dwójki niesłyszających dzieci – potrafią czytać, ale mają trudność ze zrozumieniem tekstu. Dlatego jak przekonywała, tak ważna jest dwujęzyczność w edukacji: nauka języka polskiego i polskiego języka migowego.

A ta dwujęzyczna edukacja dla osób głuchych w Polsce – zdaniem Borowskiej – nie jest w najlepszej kondycji. „Dzisiaj nie ma problemu z pójściem do szkoły, bo szkoła jest dostępna dla wszystkich, ale jest problem z dwujęzycznością. Nauka w języku polskim stwarza problemy osobom głuchym. Gdyby istniała możliwość nauki w polskim języku migowym i języka polskiego prowadzona dwutorowo, to sytuacja osób głuchych wyglądałaby zupełnie inaczej” – przekonywała Bożena Borowska.

„Wtedy głusi mogliby zdobywać wykształcenie i pracować w zawodach, o jakich marzą, a nie w takich, jakie im się proponuje. A proponuje się beznadziejne – głównie są to przestarzałe zawody, np. ślusarz czy ogrodnik” – mówiła. „Teraz przecież istnieje cała gama nowocześniejszych zawodów, które mogliby wykonywać głusi” – zauważyła.

A ich możliwości – zaznaczyła przedstawicielka PZG – są

ogromne. „Głuchy może wszystko, oprócz pracy przy telefonie. Ale każdą inną czynność osoba niesłyszająca zrobi wręcz lepiej niż osoba słyszająca, choćby dlatego, że w momencie pracy jego aparat mowy, czyli ręce, są zajęte. Nie rozpraszają go też hałasy dookoła, więc jest bardziej skupiony, dokładny i rzetelny” – zwróciła uwagę Borowska. Niestety – dodała – głuchy nie ma możliwości zdobycia zawodu, o jakim marzy, bo wystarczająca edukacja nie do końca jest dla niego dostępna.

Borowska tłumaczyła, że osoby słyszące w ciągu całego swojego życia słyszą słowa, uczą się ich znaczeń, dostają sygnały, na podstawie których mózg wciąż pracuje. Osoby niesłyszające – podkreśliła – tak nie mają. „Jeśli im ktoś nie ‘zamiga’ tych słów, nie powtórzy tego wiele razy, to po prostu zapominają” – wyjaśniła.

Inny język

Wskazała też, że naturalny polski język migowy, język osób niesłyszających, ma inną gramatykę, budowę zdania i inny zasób słów niż język polski. Dlatego – dodała – ta walka o dwujęzyczną edukację jest tak ważna. „Bo głusi nie chcą być ciężarem, nie chcą tych rent socjalnych. Chcą normalnie pracować, zarabiać, ale żeby móc, to muszą mieć dobrą edukację i możliwość ścieżki rozwoju na poziomie osoby słyszącej” – zaznaczyła Borowska.

Zauważyła jednocześnie, że sytuacja osób głuchych w Polsce jest lepsza, niż była kiedyś, choćby ze względu na rosnącą popularyzację tłumacza on-line, ale to – mówiła – nie zawsze wystarcza. „Obecność ‘żywego’ tłumacza w pewnych sytuacjach jest niezastąpiona” – podkreśliła.

W tym kontekście zwróciła również uwagę na problemy związane z pandemią koronawirusa ([wirusa KPCh](#) – przyp. redakcji), podczas której zalecane są telewizyty u lekarza. „A jak osoba niesłyszająca ma odbyć wizytę przez telefon?” – pytała. „Nie było takich rozwiązań” – zauważyła. Dopiero PZG otworzył,

dzięki dofinansowaniu Fundacji PGNiG, infolinię COVID-19 i udzielał wsparcia głuchym. „A powinno być to rozwiązanie systemowe. Każdy słyszący i głuchy ma prawo do pełnej dostępności na każdej płaszczyźnie życia” – zaznaczyła Borowska.

„Osoby głuche wszędzie dobiegną, doskoczą, ale jak już dotrą do celu, to spotykają przed sobą ścianę nie do przebicia, jaką jest komunikacja. We własnym kraju, we własnym mieście, na swojej ulicy czują się niezrozumiane i niedocenione, a to są przecież ludzie tacy jak my, tylko że nie słyszą” – podsumowała przedstawicielka PZG.

W niedzielę przypada Międzynarodowy Dzień Głuchych (ang. International Day for the Deaf), który ma na celu zwrócenie uwagi opinii publicznej na problemy osób niesłyszących. Święto ustanowione w 1958 roku przez Światową Federację Głuchych obchodzone jest corocznie w ostatnią niedzielę września i stanowi początek Międzynarodowego Tygodnia Głuchych, podczas którego na całym świecie organizowane są imprezy, kampanie i spotkania promujące prawa ludzi niesłyszących.

Autor: Dorota Stelmaszczyk

Minister zdrowia: Ponad 8 tys. łóżek szpitalnych dla zakażonych koronawirusem



Aktualnie przygotowane jest ponad 8 tys. łóżek w szpitalach dla pacjentów zakażonych koronawirusem; obecnie zajętych jest ok. 2,3 tys. – poinformował we wtorek minister zdrowia Adam Niedzielski. Mówił również m.in. o modyfikacjach w strategii walki (tak zwaną) pandemią.

We wtorek w Ministerstwie Zdrowia odbyła się konferencja prasowa, podczas której szef resortu poinformował m.in. o sytuacji związanej z liczbą łóżek szpitalnych przeznaczonych dla pacjentów z koronawirusem (wirusem KPCh – przyp. redakcji). Mówił również o modyfikacjach w strategii walki z pandemią, a także o zmianach w obostrzeniach w strefach zielonej, żółtej i czerwonej.

„Od początku wdrażania nowej strategii walki z pandemią wydaliśmy ponad 600 decyzji wskazujących poszczególne szpitale, oddziały jako jednostki zabezpieczające łóżka dla pacjentów COVID-owych. Obecnie w szpitalach takich łóżek jest ponad 8 tys.” – powiedział Niedzielski. Jego zdaniem liczba ta, wobec około 2300 łóżek zajętych, „pokazuje, że potencjał systemu jeszcze na przyjęcie nowych pacjentów istnieje”.

Jak również podał, obecnie dla zakażonych koronawirusem pacjentów przygotowane jest w kraju ponad 800 łóżek szpitalnych zapewniających wsparcie respiratorowe. Z danych resortu wynika, że obecnie takich łóżek zajętych jest 141.

Podkreślił jednocześnie, że „to nie liczba nowych zachorowań jest najważniejszym wskaźnikiem informującym o rozwoju pandemii, ale najważniejsza jest liczba zajętych łóżek i liczba osób wymagających wsparcia tlenowego”. Szef MZ przyznał też, że resort analizuje „to, by liczba łóżek

i respiratorów odpowiadały potencjalnemu zapotrzebowaniu, które może pojawić się w najbliższych dniach”. „Nie spodziewamy się, by łóżek zabrakło” – zaznaczył.

□ *Dzienny raport o [#koronawirus](https://twitter.com/YLTX4zhXD8). pic.twitter.com/YLTX4zhXD8*

– *Ministerstwo Zdrowia (@MZ_GOV_PL) [September 29, 2020](#)*

Przypominając, że w ostatnim czasie liczba potwierdzonych zachorowań przekraczała tysiąc, powiedział, że „w najbliższym czasie należy przyzwyczaić się do zachowania tego trendu. To konsekwencja przywracania normalności, standardowego modelu pracy, powrotu dzieci do szkół i zwykłych czynności, które wykonywaliśmy przed pandemią. To powoduje, że rośnie liczba interakcji społecznych” – wyjaśnił Niedzielski.

Minister poinformował również, że w tych regionach, w których zanotowano największy wzrost zachorowań, zwiększono dostępną bazę łóżek. Wśród tych regionów wymienił m.in. województwo małopolskie, gdzie zwiększono tę bazę o 335. Minister zapowiedział, że ma ona zostać jeszcze zwiększona o kolejne 211 miejsc. Ponadto w województwie kujawsko-pomorskim liczba łóżek wzrosła o 284, co stanowi 76 proc. bazy dostępnej na początku zeszłego tygodnia. O 315 zwiększyła się liczba w województwie pomorskim; w województwie wielkopolskim – o 80. Według danych, jakie podał Niedzielski, łącznie w ciągu ostatniego tygodnia zwiększono liczbę łóżek w skali kraju o ponad 1,2 tys.

Wiceminister zdrowia Waldemar Kraska dodał, że zwiększenie ilości łóżek dotyczy szpitali przede wszystkim drugiego poziomu, czyli – wytłumaczył – „miejsca, gdzie pacjent jest leczony, kiedy ma dostęp do internisty, lekarza zakaźnika lub ma także dostęp to opieki OIOM-owej, czyli do łóżka wyposażonego w respirator”.

Kraska dodał, że zostanie też zdecydowanie zwiększona liczba

łóżek w poziomie pierwszym, „czyli dla pacjentów, którzy wymagają diagnostyki i stwierdzenia, czy są COVID-dodatni czy COVID-ujemni”. „Wojewodowie już takie decyzje w tej chwili wydają. W każdym szpitalu, który jest w sieci, takich łóżek będzie, zależnie oczywiście od wielkości tego szpitala, od kilku do kilkunastu” – wskazał.

Nowy schemat postępowania z pacjentem

Kolejnym tematem konferencji była zapowiedź nowego schematu postępowania z pacjentem chorym lub z podejrzeniem koronawirusa, który – jak zapowiedział Niedzielski – miałby wejść w życie w przyszłym tygodniu. „Wychodząc naprzeciwko postulatom i wnioskom przede wszystkim lekarzy zakaźników, ale także całego środowiska lekarskiego, będziemy chcieli wydać specjalne rozporządzenie, które opisuje schemat postępowania z pacjentem podejrzanym bądź też ze stwierdzoną zachorowalnością czy chorobą wywołaną koronawirusem” – powiedział szef resortu zdrowia.

„Przewidujemy, że będzie przestrzeń do rozmowy. W czwartek będziemy mieli rozmowę ze środowiskiem lekarzy rodzinnych i będziemy konsultować to rozwiązanie” – oświadczył. Tłumacząc zmiany w schemacie, Niedzielski wyjaśnił, że poprzedni model, który polegał na kierowaniu pacjenta z dodatnim wynikiem do szpitala zakaźnego, przy dużej liczbie zakażeń (dziennie ponad 1000) okazał się problemem.

Minister @a_niedzielski w [#MZ](#): Wprowadzimy ograniczenie działania punktów gastronomicznych, barów, restauracji. W strefie czerwonej będą mogły być otwarte do godz. 22:00. Wprowadzimy obowiązek zasłaniania ust i nosa na wolnym powietrzu zarówno w strefie czerwonej, jak i żółtej.

– Ministerstwo Zdrowia (@MZ_GOV_PL) [September 29, 2020](#)

Podkreślił, że resort dostosowuje zatem schemat strategii

do nowej rzeczywistości. „Ta modyfikacja dotyczy momentu, od którego pacjent wie, że już ma dodatni wynik [...]. Pacjent z tym dodatnim wynikiem wraca do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, czyli swojego lekarza rodzinnego, bądź też, jeżeli test był wykonywany w ramach podejrzenia i skierowania do szpitala pierwszego poziomu, wraca z tym pozytywnym wynikiem do lekarza na poziomie pierwszym szpitalnictwa COVID-owego” – mówił Niedzielski.

Zaznaczył, że na tym poziomie lekarz dokonuje oceny stanu zdrowia pacjenta. „Dokonuje on oceny, na ile przebieg zachorowania na koronawirusa ma charakter ciężki, przede wszystkim analizując objawy. Jeżeli ten przebieg jest bezobjawowy bądź skąpoobjawowy, to prawem lekarza, czy rodzinnego czy lekarza w pierwszym poziomie szpitalnictwa COVID-owego, jest podjęcie decyzji o izolacji” – wskazał minister.

„Czyli decyzji o izolacji nie wydaje tylko i wyłącznie lekarz zakaźnik, ale w gruncie rzeczy każdy lekarz. Jesteśmy do tego przygotowani infrastrukturalnie. Nasze systemy dają takie uprawnienie każdemu lekarzowi” – zapewnił szef MZ. W przypadku braku objawów – dodał – pacjent trafia na izolację domową i znajduje się pod opieką lekarza rodzinnego.

Obostrzenia w strefach

Niedzielski poinformował także o zmianach w obostrzeniach w strefach zielonej, żółtej i czerwonej. W strefie zielonej limit zgromadzeń oraz wesel zredukowany został ze 150 osób do 100.

W strefie żółtej zgromadzenia będą ograniczone do 75 osób, ze 100 osób, co obowiązuje obecnie. W strefie czerwonej ten przepis nie ulegnie zmianie i nadal dopuszczone tutaj będą zgromadzenia do 50 osób. Na strefę żółtą rozszerzony został także obowiązek zasłaniania ust i nosa na wolnym powietrzu; do tej pory obowiązywał on tylko w strefie czerwonej.

W strefie czerwonej natomiast pojawi się zupełnie nowe obostrzenie – ograniczenie działalności restauracji, pubów i barów do godziny 22.00.

Tłumacząc to ograniczenie, Niedzielski mówił, że wynika ono z kończącego się sezonu na ogródki gastronomiczne, które – mówił – „zapewniały większy poziom bezpieczeństwa i mniejsze ryzyko transmisji koronawirusa”. „Ponieważ imprezy będą się przenosiły do lokali, chcemy, żeby to odbywało się w ograniczonym czasie do godz. 22.00” – powiedział minister.

Autor: Dorota Stelmaszczyk