Spotkanie wysokiego szczebla ONZ. Zastanawiające oświadczenie ministra zdrowia

„Naukowe autorytety środowiska medycznego oraz kampanie informacyjne prowadzone przez WHO pomagają w walce z infodemią i zwalczaniu ruchów antyszczepionkowych. Międzynarodowa solidarność jest teraz potrzeba bardziej niż kiedykolwiek, aby posunąć naprzód proces szczepień. Nikt nie będzie bezpieczny, dopóki wszyscy nie będziemy bezpieczni" – czytamy w oświadczeniu ministra zdrowia Adama Niedzielskiego.

Szef resortu zdrowia uczestniczył w spotkaniu wysokiego szczebla ONZ. Poinformował o tym fakcie w sobotę wieczorem.

https://twitter.com/a_niedzielski/status/1497655249452085250?ref_src=twsrc%5Etfw%7Ctwcamp%5Etweetembed%7Ctwterm%5E1497655249452085250%7Ctwgr%5E%7Ctwcon%5Es1
Do wpisu zamieścił link do swojego oświadczenia. Poniżej wybrane fragmenty.

Temat debaty: „Przyspieszenie tempa działań na rzecz powszechnych szczepień"

„Świat stoi w obliczu największego wyzwania ostatnich dziesięcioleci. Epidemia wirusa Covid-19 udowodniła, że we wzajemnie powiązanym świecie lokalne ogniska epidemii mogą stanowić zagrożenie dla każdego kraju i każdego człowieka. Wyzwanie o skali ogólnoświatowej wymaga ogólnoświatowej reakcji" – czytamy.

Nowe wyzwania

„Już ponad rok temu opracowano pierwszą szczepionkę. Od tego czasu
świat jest świadkiem jednej z największych kampanii szczepień w historii. Mimo to
wciąż jednak stoimy przed wieloma wyzwaniami związanymi z zapewnieniem szczepionek wszystkim potrzebującym" – brzmi kolejny fragment oświadczenia.

Zwalczanie ruchów antyszczepionkowych

„Naukowe autorytety środowiska medycznego oraz kampanie informacyjne prowadzone przez WHO pomagają w walce z infodemią i zwalczaniu ruchów antyszczepionkowych. Międzynarodowa solidarność jest teraz potrzeba bardziej niż kiedykolwiek, aby posunąć naprzód proces szczepień. Nikt nie będzie bezpieczny, dopóki wszyscy nie będziemy bezpieczni" – czytamy.

Poniżej oświadczenie w języku angielskim datowane na 25 lutego 2022 roku.

REPUBLIC OF POLAND

PERMANENT MISSION TO THE UNITED NATIONS

750 THIRD AVENUE, NEW YORK, NY 10017 TEL. (212) 744-2506

Check against delivery

High-Level Thematic Debate
"Galvanizing momentum for universal vaccination"

Statement by H.E. Adam Niedzielski,
Minister of Health of the Republic of Poland

New York, 25 February 2022

Mr. President, Distinguished delegates, Ladies and gentlemen,

The world is facing the biggest challenge in recent decades. Covid-19 epidemic proved that in the interconnected world local outbreaks may pose a threat to each country and each individual. A challenge of worldwide scale requires a worldwide response.

In the fight against COVID-19, international cooperation and solidarity is a key component allowing us to stop the spread of the disease. In absence of effective and comprehensive drug against the virus, prevention is still the best measure that we can take.

It has been more than a year ago that the first vaccine was developed. Since that time the world has been witnessing one of the biggest vaccination campaign ever. Still, we face a lot of challenges in offering the vaccines to every person in need. Unequal distribution of vaccines, limited national capacities to distribute and administer them, vaccine hesitancy and new, dangerous mutations of the virus – these are the key factors compromising the vaccination process.

We welcome the international efforts aimed at mitigating these challenges. COVAX proved to be efficient mechanism facilitating the vaccines distribution. Scientific authority of medical community and the information campaigns led by WHO help to fight infodemic and combat antivaccination movements. International solidarity is needed more than ever to move forward with vaccination process. No one is safe until everyone is safe.

Ladies and gentlemen,

I would like to ensure you that the government of Poland stands ready to contribute to global efforts to fight COVID-19. Solidarity is a word that means a lot in our history.

So far we have delivered on a bilateral basis around 27 million doses of vaccines to 26 countries around the globe, including many low and middle income countries. This is a joint effort of several governmental agencies. We cooperate closely with European Commission and are grateful to all partners that help us with this process. As a sign of global solidarity Poland also contributed financially to COVAX.

Another milestones of our involvement in facilitating the vaccination was taking on a coordinating role in the process of sharing vaccines from EU Member States to the Eastern Partnership countries. The Team Europe initiative of Vaccine Solidarity initiated by the European Commission, and implemented by the Polish pillar-assessed entity and Ministry of Foreign Affairs aims at matchmaking between the possible donors for EU and recipients from Eastern partnership countries. It foresees the delivery of vaccines to Eastern Partnership countries on a full cost free basis for the beneficiaries. The European Commission will allocate a budget of EUR 35 million for this purpose for a period of 24 months.

We are aware that only global and united efforts to fight COVID-19 can bring worldwide victory in this battle. We urge every government to join this collective action. We consider our bilateral vaccine sharing efforts, as well as the Team Europe initiative on vaccine solidarity with our partners from the Eastern Partnership as part of it.

Thank you.

Źródło: Dziennik Tarnogórski

Co można przeoczyć gdy rozprasza cię wojna?

WHO planuje nowy „traktat pandemiczny" na 2024r.

W grudniu ubiegłego roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła plany *„międzynarodowego traktatu o zapobieganiu pandemii i gotowości na wypadek pandemii"*.

Według strony internetowej Rady Europy utworzono *„międzyrządowy organ negocjacyjny"*, który odbędzie swoje pierwsze spotkanie w przyszłym tygodniu, 1 marca.

Celem jest *„omówienie sprawozdania z postępów na 76. Światowe Zgromadzenie Zdrowia w 2023r."*, a następnie przygotowanie proponowanego instrumentu do prawnej implementacji do 2024r.

Nic z tego nie powinno dziwić, wszystkie znaki o tym świadczyły. Jeśli śledzicie sprawy uważnie, prawdopodobnie możecie domyśleć się prawie wszystkiego, co znajdzie się w nowych przepisach.

Dokument zatytułowany *"Multilateralism in times of global pandemic: Lessons learned and the way forward"* [„Multilateralizm w czasach globalnej pandemii: wyciągnięte wnioski i przyszłe rozwiązania"] został opublikowany przez G20 w grudniu 2020r.

Wyszczególnia wszystkie problemy, z jakimi borykały się wielostronne organizacje międzynarodowe podczas „pandemii” [*podkreślenie dodane*]:

> *Poszczególne państwa nie są w stanie samodzielnie, skutecznie zarządzać globalnymi zagrożeniami publicznymi, takimi jak pandemia COVID-19 […] przezwyciężenie obecnego kryzysu zdrowotnego i odbudowa źródeł utrzymania mogą zostać osiągnięte jedynie poprzez wielostronne działania zarówno na froncie gospodarczym, jak i społecznym […]* ***pandemia COVID-19 i jej konsekwencje gospodarcze ujawniły słabość obecnych ustaleń dotyczących współpracy wielostronnej. Organizacje międzynarodowe upoważnione do odgrywania wiodących ról w rozwiązywaniu międzynarodowych kryzysów nie działały skutecznie****.*

Następnie proponuje się kilka rozwiązań, w tym…

> *G20 powinna wzmocnić potencjał Światowej Organizacji Zdrowia. Silniejsza i lepiej reagująca WHO może pomóc społeczności międzynarodowej skuteczniej radzić sobie z pandemiami i innymi wyzwaniami zdrowotnymi. Może zapewniać systemy wczesnego ostrzegania i koordynować szybkie globalne reakcje na sytuacje kryzysowe dotyczące zdrowia.*

W styczniu 2021r. unijny *thinktank* Foundation for European Progressive Studies opublikował 268-stronicowy dokument zatytułowany „Reforming Multilateralism in Post Covid Times”, w którym wzywano do „Organizacji Narodów Zjednoczonych ze zwiększonymi kompetencjami i powiązaniami”, zasugerowano przystąpienie UE do Rady Bezpieczeństwa ONZ, i postawiono pytanie:

> *„Czy suwerenność narodowa jest zgodna z multilateralizmem?”*

Kilka miesięcy później Fundacja Narodów Zjednoczonych opublikowała własną wariację na ten temat: *„Reimagining*

multilateralism for a post-Covid future" [„Nowe wyobrażenie multilateralizmu dla przyszłości post-covidowej"].

Następnie, w maju 2021r., Międzynarodowy Panel ds. Gotowości na Pandemię opublikował swój raport na temat tego, jak świat poradził sobie z Covid, co w niektórych miejscach przypomina dokument G20. Dokonaliśmy **tutaj** szczegółowego podziału.

Była premier Nowej Zelandii Helen Clark, przewodnicząca panelu, powiedziała Guardianowi…

> *[Pandemia została] spotęgowana brakiem globalnego przywództwa oraz koordynacji napięć geopolitycznych i nacjonalizmu osłabiającego system wielostronny, który powinien działać na rzecz bezpieczeństwa świata".*

Na początku tego miesiąca Komisja ONZ ds. Rozwoju Społecznego spotkała się po raz pierwszy w 2022r., kładąc nacisk na *„Wzmacnianie wielostronności"*.

Następnie, 17 lutego, Robert Dworkin z Europejskiej Rady Spraw Zagranicznych opublikował ten artykuł: *„Health of nations: How Europe can fight future pandemics"* [Zdrowie narodów: jak Europa może walczyć z przyszłymi pandemiami], w którym również wyraża zaniepokojenie *„porażkami współpracy międzynarodowej podczas pandemii"* i proponuje:

> *UE powinna połączyć dążenie do reformy i zwiększonego finansowania WHO ze wsparciem dla nowego funduszu na wypadek nagłych wypadków zdrowotnych, nadzorowanego przez reprezentatywną grupę krajów.*

I tak dalej, itd, itp… komunikat jest więcej niż jasny.

Jeszcze w zeszłym tygodniu, przemawiając na panelu podczas Monachijskiej Konferencji Bezpieczeństwa, szwedzka minister spraw zagranicznych Anne Linde ostrzegła, że □□Covid „ujawnił dziury" w porządku międzynarodowym, a ONZ, WHO i UE nie mają

wystarczających uprawnień do podjęcia odpowiednich działań.

Wszystkie oznaki od miesięcy migają niczym neony: **Nowe międzynarodowe przepisy dotyczące „radzenia sobie z przyszłymi pandemiami”**.

Wszyscy wiedzieliśmy, że w końcu to nadejdzie. **A teraz mamy harmonogram, który startuje 1 marca**.

Niesamowite, co można niemalże przegapić, gdy rozprasza cię wojna, prawda?

A skoro mowa o wojnie, bardzo ciekawym barometrem będzie postawa WHO wobec Rosji podczas tego procesu. To, czy Rosja wypowie proponowany traktat, czy też zostanie wykluczona z negocjacji, wiele nam powie o tym, jak prawdziwy jest konflikt na Ukrainie i w jakim kierunku dalej pójdzie Wielki Reset.

Rzeczywiście, jeśli sama wojna jest wykorzystywana do dalszego argumentowania, że □□potrzebujemy *„silniejszych instytucji wielostronnych*” lub *„ważnych reform w radzie bezpieczeństwa*”, może to w jakiś sposób ujawnić szerszy plan.

Off Guardian

CDC przyznaje się w końcu do… teorii spiskowej

*„**P**amiętasz ten pobrany od ciebie wymaz z nosa celem przeprowadzenia testu na Covid-19? Co stało się później z tym wymazem? Jeśli został on użyty do testu PCR, to istnieje 10% możliwość, że wykorzystany on został przez laboratorium do genetycznego sekwencjonowania DNA."*

Taki komunikat ukazał się kilka dni temu na oficjalnym koncie twitterowym CDC, kryminalnej organizacji działającej jako agencja federalna pod pełną nazwą *„Centers for Disease Control and Prevention "* („Centra Kontroli i Prewencji Chorób"). Post twitterowy wywołał najpierw konsternację, a potem masową reakcję, z tysiącami wpisów oskarżających o przyznanie się CDC do uczestnictwa w spisku tworzenia bazy danych DNA testowanych osób, jak również wpisów tych broniących agencję, która przecież nigdy nikogo w niczym nie oszukała i zawsze kieruje się „naukowymi wytycznymi" i „etyką".

> *Remember that #COVID19 nose swab test you took? What happened to the swab? If it was processed with a PCR test, there's a 10% chance that it ended up in a lab for genomic sequencing analysis. Learn more about the process and its importance: https://t.co/XAHSGANLxu @WIRED @CDC_AMD*
>
> *— CDC (@CDCgov) February 16, 2022*

Atmosfera z dwuznacznym wpisem CDC rozgrzała się do tego stopnia, że dzień później (16 lutego) agencja umieściła komunikat „wyjaśniający" poprzedni post: *„CDC i nasi partnerzy przeprowadzają analizę sekwencjonowania wirusa, który spowodował Covid-19. Sekwencjonowanie wirusa jest pomocne w identyfikowaniu i monitorowaniu rozprzestrzeniania się mutantów*".

Samo „sprostowanie" CDC po pierwszym niefortunnym wpisie, dolało oliwy do ognia, gdyż nie wnosi ono wiele do dyskusji, bowiem CDC nie zaprzeczyła iż materiał nie będzie wykorzystany do badania DNA biorcy. Napisano jedynie, że będzie badany do

„sekwencjonowania wirusów”, lecz logicznie jedno nie wyklucza drugiego.

CDC przekierowuje w swych postach do filmów umieszczonych na Youtube, w kanale pisma *Wired* (jest to miesięcznik skierowany w swej pstrokatej, chaotycznej, nieczytelnej formie do rozkojarzonego młodego pokolenia Y i Z, a w treści pełen ultra-lewicowych poglądów zniekształcających historię, a nawet nauki ścisłe; *Wired* jest bardzo wpływowym pismem, w którym ukazują się „kontrowersyjne” teksty, np. popularyzujące eutanazję czy transhumanizm).

W propagandowych filmach próbuje się usprawiedliwić wykorzystywanie wymazów przeznaczonych do testów PCR, do dalszego ich przetwarzania ich w laboratoriach genetycznych. Niestety, CDC nie ujawnia jakie to laboratoria biorą udział w tym programie, a co do zapewnień tej agencji, iż badania te mają na celu „sekwencjonowanie wirusa”, a nie badanie DNA dawcy, istnieje podwójne podejrzenie.

Po pierwsze, do dnia dzisiejszego sama CDC przyznaje, że nie dysponuje wyizolowanym – według podstawowych standardów naukowych – tzw. wirusem SARS-CoV-2, mającym powodować tzw. Covid-19. Również nikt nigdzie na świecie, żadne laboratorium nim nie dysponuje . [Przypominamy linki: „Czy „wirus SARS-CoV-2” istnieje, czy został wyizolowany? Ponad 90 najważniejszych instytucji na świecie nie potrafi tego udowodnić… „ oraz “SARS-CoV-2 nigdy nie był wyizolowany. SARS-CoV-2 nie istnieje”] Jak więc można badać „mutanty”, jeśli nie mamy wariantu zero, poza oczywiście komputerowym modelem, na którym oparto całe zastraszenie „pandemią”, „wirusem” i „testami”, z testem PCR jako „złotym standardem”.

Po drugie, jaką możemy mieć pewność, że te tajemnicze i nie wymienione laboratoria (*„nasi partnerzy„*) nie powstrzymają się od badania DNA osoby testowanej? Oczywiście żadnej, bo minęły już bezpowrotnie czasy abyśmy mogli wierzyć na słowo agencjom, które setki razy dały się złapać na soczystych kłamstwach,

manipulacji danymi oraz koordynowaniu przestępczej działalności w ramach swoistej „pandemii” – pandemii bez ofiar; agencjom które wiernie służą globalnemu procesowi przebudowy świata; agencjom których nie interesują ofiary tej przebudowy, jak np. ofiary wyszczepień eksperymentalnym preparatem zwanym „szczepionką przeciwko Covid-19”.

CDC oraz ich „partnerzy”, dysponując wymazem z nosa z pewnością przechowują te próbki, bo przecież nie wolno pozbywać się cennych materiałów, a „rozwój nauki” w pewnym momencie zmusi do sięgnięcia do magazynów. Żadne prawo bowiem nie reguluje sposobu, czasu przechowywania tych próbek. W ramach „pandemii” stworzono tymczasowe „sytuacje awaryjne” i „stany wyjątkowe” zezwalające na łamanie podstawowych praw człowieka, jego prywatności i własności. Dzisiaj, żadne prawa nie obowiązują, chyba że narzucone plebsowi przez różne agencje i ich „partnerów”.

Patykiem w nosie

A jeśłi chodzi o samo pobieranie próbek z nosa to warto przy okazji przypomnieć, że jest to jeden ze sposobów „testowania”, najczęściej stosowany, i niestety najbardziej nieprzyjemny. Druga metoda, która nawet przez CDC jest podawana jako w pełni równoważna, polega na pobieraniu materiału ze śliny. I w ten sposób, poprzez po prostu plucie w kubeczek, testowało się np. sportowców podczas Olimpiady w Tokio 2020, a obecnie stało się dosyć powszechną wśród pracowników amerykańskich szpitali (ale pacjentów dalej testuje się patykami). Niestety, narzucona od początku tzw. pandemii metoda grzebania patykiem w nosie, metoda upokarzająca i niebezpieczna, jest dalej stosowana powszechnie na świecie, również przez władze w Polsce. Można sądzić, że wybrano tę najbardziej bolesną i nieprzyjemną metodę właśnie celem upokarzania osób „podejrzanych” – o roznoszenie wirusa, o infekcje, o chorobę, czy po prostu, dla samej przyjemności upokarzania.

Zaczęło się od przestępców…

W 1990 roku FBI rozpoczęło zbieranie danych DNA, najpierw od wszystkich osób skazanych, potem – jak to określają – „osób wartych zainteresowania”, z czasem z pewnością dużo szerzej, a inicjatywa w końcu, przez te ponad 30 lat, przekształciła się w potężną bazę danych *Combined DNA Index System,* w skrócie CODIS. Rozwój genetyki, a szczególnie sekwencjonowania DNA doprowadził do jeszcze większego zapotrzebowania na informacje genetyczne. Zasysanie, wyciąganie, a następnie przetwarzanie informacji stało się jedną z podstawowych lukratywnych form biznesowych. Informacja – również o Tobie, o Twoim DNA, o Twoich biometrycznych wskaźnikach, oraz oczywiście o Twoich zainteresowaniach, poglądach, kontaktach, zakupach, miejscach pobytu, miejscach odwiedzanych stron internetowych, itp – stały się materiałem biznesowym, jak również budulcem podwalin nowego systemu, Nowego Światowego Porządku, w którym ciała nadzorcze (władza, organizacje ponadnarodowe), będą właścicielami Twoich danych, na podstawie których będą decydowały o Twoich losach. Decydowały całkowicie, bezdyskusyjnie i bezwzględnie, w ramach właśnie budującego się cyfrowego aparatu „kredytu społecznego”, kiedy to wo końcu zaowocuje proroczymi słowami Apokalipsy św. Jana (Ap 14.16).

… dziś wszyscy jesteśmy potencjalnymi przestępcami

Nie miejmy złudzeń co do komercyjnych inicjatyw, w rodzaju 23andMe, firmy reklamującej swe testy DNA jako narzędzie ustalania drzewa genealogicznego czy potwierdzania linii przodków. To wszystko ma podrzędne znaczenie, gdyż celem tego rodzaju firm jest pozyskiwanie Twoich danych DNA. Firmy te mają jeden jedyny i najważniejszy cel: zbieranie, gromadzenie i przetwarzanie danych. Nieprzypadkowo 23andMe już na samym początku została zasilona finansowym zastrzykiem od Google, a oficjalnie założycielką była nijaka Anne Wojcicki (b. żona „założyciela” Googla, Siergieja Brina), zresztą siostrzyczka Susan Wojcicki, obecnie szefowej Youtube. (Obie córeczki nijakiej Esther Wojcicki, z żydowskiego domu

Hochman).

Firmy zbierające Twoje dane DNA konkurują ze sobą i niemal wszystkie operują w obszarze zaspakajania ciekawości rodzinnych powiązań, ustalania ojcostwa, itp. To tylko przykrywka do gromadzenia danych, tak jak „darmowe” usługi internetowe (poczta gmail, wyszukiwarki, itp), za które płaci się swoją własną „skórą”, gdyż służą one jako narzędzia gromadzenia danych, a następnie ich przetwarzania i odsprzedawania. Niektóre z tych firm przeprofilowały się z „tradycyjnych” drzew genealogicznych, jak firma Ancestry, prowadzona przez tzw. „Kościół Jezusa Chrystusa Świętych w Dniach Ostatnich”, czyli mormonów (jest to sekta w sposób wręcz paranoidalny wielbiąca żydów). Jej odnoga, AncestryDNA, to obecnie największa na świecie prywatna firma gromadząca dane DNA, chwaląca się sprzedażą 20 milionów zestawów do samodzielnego ustalania DNA i posiadaniem 10 miliardów informacji osobowych.

NIGDY nie korzystaj z ŻADNYCH usług mogących bezpośrednio czy pośrednio wydobyć Twoje DNA. Oddajesz w ten sposób więcej niż nawet sobie zdajesz sprawę!

Obok komercyjnych firm oczywiście doskonale funkcjonują bazy danych agencji rządowych – jak wspomniana FBI – oraz laboratoria i bazy danych militarne. Pojawiają się również informacje o tworzeniu oficjalnej, rządowej ogólnokrajowej bazy danych DNA dla wszystkich mieszkańców USA. Rozsyłanie przez obecnego administratora Białego Domu tzw. testów na Covid, ma służyć przyzwyczajeniu społeczeństwa do idei testowania się również w domu i do nieustannego monitoringu.

Dziś „rezygnuje się” z niektórych przymusowych testów, ale rozluźnianie restrykcji kowidowych to tylko pozorna gra obliczona na jeszcze mocniejsze przykręcenie śruby. Każdy mechanik wie, że aby być pewnym, że gwint jest dopasowany, niekiedy trzeba zrobić lekki obrót w tył. Właśnie przećwiczany

jest obecnie ten manewr.

Rozwój nauki i wykorzystanie zgromadzonych materiałów genetycznych będzie służyło również tworzeniu różnych patogenów skierowanych dla wybranej grupy ludności. Przy zastosowaniu retoryki „ochrony zdrowia” i „walki z wirusami”, laboratoria będą mogły stworzyć precyzyjną broń, a politycy bez żadnych skrupułów zastosują ją gdy będą uważali za stosowne. W ramach kolejnego eksperymentu będą ginęli ludzie, niewygodne grupy, mogą również być unicestwiane całe masy, społeczeństwa. Wszystko będzie zakrapiane retoryką rozwoju nauki, walką z chorobami, konieczością zaciśnięcia pasa, cierpliwego znoszenia chwilowych braków i „wypłaszczenia się krzywej”. Bo celem jest stworzenie łatwo modelowalnego, posłusznego, wykonującego rozkazy, w pełni podporządkowanego społeczeństwa transhumanistycznych pół robotów. Będą idealnym narzędziem generowania zysków spijanych w patologicznych libacjach i orgiach przez możnych tego, i przyszłego świata.

Oprac. www.bibula.com
2022-02-25

Polecamy interesujący film na Youtube, omawiający kwestie zbierania DNA i możliwości identyfikacji niemal każdego na podstawie już teraz zawartych w bazach danych informacji, nawet jeśli bezpośrednio dane te nie są tam (jeszcze) zarejestrowane. Choć ustalenie DNA niemal każdej osoby poprzez skomplikowane metody porównawcze jest już dzisiaj możliwe, to jest czasochłonne i kosztowne, więc celem jest stworzenie tak wielkiej bazy danych, aby zadanie to było szybkie i przy minimalnych kosztach biznesowych. Bo każdy z nas, jak i całe społeczeństwo jesteśmy tylko materiałem do przetwarzania, jesteśmy nawozem do robienia dobrych geszeftów.

How They Caught The Golden State Killer

Bibuła

Szczepionki mRNA zatwierdzone bez przeglądu regulacyjnego

Wniosek oparty na australijskiej ustawie o wolności informacji do lokalnego organu zatwierdzającego leki Therapeutic Goods Administration (TGA) ujawnił teraz kolejny niesamowity skandal związany z „warunkowym" lub awaryjnym zatwierdzeniem szczepionek mRNA pod koniec jesieni 2020 r.: Urząd, odpowiednik Europejskiej Agencji Leków EMA, w ogóle nie dysponował wiedzą techniczną, aby móc technicznie i naukowo sprawdzić szczepionki Covid-19 oparte na technologii mRNA!

Wyszło to na jaw, gdy TGA, które działa pod australijskim Departamentem Zdrowia w Canberze, nonszalancko stwierdziło, że po prostu nie istnieją (!):
Ponadto oświadczenie sugeruje, że całkowity brak dokumentów badania rejestracyjnego wynika z faktu, że nie zostały one utracone, ale nigdy nie istniały. Jednak to szczere ujawnienie rodzi teraz niezwykle drażliwe pytanie, na jakiej podstawie szczepionka mRNA została faktycznie zatwierdzona w Australii i w jaki sposób odpowiedzialny organ był w stanie wypełnić swój prawny obowiązek przetestowania jej bezpieczeństwa i skuteczności?

Odpowiedź przyprawia o dreszcze można też przypuszczać, że Australia nie była jedynym krajem zachodnim, w którym pod presją polityczną i lobbystów szczepień zrobiono takie

głupstwo z aprobatą szczepień, co zrobiono za wszelką cenę i w pośpiechu. Najwyraźniej polegano wyłącznie na ekspertyzach zewnętrznych.

W tak trudnych czasach coraz trudniej jest gwarantować informacje przeciwko systemowi i demaskować chytre elity. Mówienie o sprawach związanych z COVID oraz sytuacji agresji Rosji na Ukrainę z innej perspektywy jest ryzykowne. Wspieraj ciężką pracę, którą wykonujemy każdego dnia, opierając się na logice, zgodnie z którą informacje przechodzą oswojone tylko w kanałach głównego nurtu.

Źródło: Lega Artis

Koronawirus posiada DNA opatentowany przez Modernę w 2016

Pojawiło się nowe podejrzenie, że Covid mógł powstać w laboratorium, naukowcy znaleźli materiał genetyczny należący do Moderny w białku kolca wirusa.

Zidentyfikowali maleńki fragment kodu, który jest identyczny z częścią genu opatentowanego przez producenta szczepionek trzy lata przed pandemią.

Został odkryty w unikalnym miejscu cięcia furyny SARS-CoV-2, części, która sprawia, że jest tak dobry w zarażaniu ludzi i odróżnia go od innych koronawirusów.

Struktura była jednym z głównych punktów debaty na temat pochodzenia wirusa, a niektórzy naukowcy twierdzą, że nie można jej było uzyskać w sposób naturalny.

Międzynarodowy zespół naukowców sugeruje, że wirus mógł zmutować podczas eksperymentów na ludzkich komórkach w laboratorium.

Twierdzą, że istnieje jedna na trzy biliony szans, że sekwencja Moderny pojawiła się przypadkowo w wyniku naturalnej ewolucji.

Ale toczy się debata na temat tego, czy dopasowanie jest tak rzadkie, jak twierdzi badanie, a inni eksperci opisują to jako „dziwaczny" zbieg okoliczności, a nie „dymiący pistolet".

W najnowszym badaniu, opublikowanym w Frontiers in Virology, naukowcy porównali skład Covid z milionami zsekwencjonowanych białek w internetowej bazie danych.

Wirus składa się z 30 000 liter kodu genetycznego, które zawierają informacje potrzebne do rozprzestrzeniania się, znane jako nukleotydy.

Jest to jedyny koronawirus tego typu, który nosi 12 unikalnych liter, które umożliwiają aktywację jego białka kolczastego przez powszechny enzym zwany furyną, co pozwala z łatwością rozprzestrzeniać się między ludzkimi komórkami.

Analiza oryginalnego genomu Covid wykazała, że wirus dzieli sekwencję 19 określonych liter z sekcją genetyczną należącą do Moderny, która ma łącznie 3300 nukleotydów.

Jak wynika z danych, amerykańska firma farmaceutyczna złożyła patent w lutym 2016 r. w ramach swojego działu badań nad rakiem.

Opatentowana sekwencja jest częścią genu zwanego MSH3, o którym wiadomo, że wpływa na naprawę uszkodzonych komórek w organizmie.

Naukowcy wskazali tę ścieżkę jako potencjalny cel dla nowych metod leczenia raka.

Dwanaście wspólnych liter tworzy strukturę miejsca cięcia furyny Covida, a reszta jest dopasowana do nukleotydów w pobliskiej części genomu.

Naukowcy stwierdzili, że pasujący kod mógł zostać pierwotnie wprowadzony do genomu Covid przez zakażone ludzkie komórki wyrażające gen MSH3.

Profesor Lawrence Young, wirusolog z Warwick University, przyznał, że ostatnie odkrycie było interesujące, ale stwierdził, że nie jest na tyle znaczące, aby sugerować manipulację laboratoryjną.

Powiedział MailOnline: „Mówimy o bardzo, bardzo, bardzo małym kawałku złożonym z 19 nukleotydów.

„Więc szczerze, nie znaczy to zbyt wiele. Jeśli przeprowadzasz tego typu wyszukiwania, zawsze możesz znaleźć dopasowania.

„Czasami takie rzeczy zdarzają się przypadkowo, czasami jest to wynik ewolucji konwergentnej (kiedy organizmy ewoluują niezależnie, aby mieć podobne cechy, aby przystosować się do swojego środowiska).

„To dziwaczne spostrzeżenie, ale nie nazwałbym tego dymiącym pistoletem, ponieważ jest za mały.

Dodał: „To nie prowadzi nas dalej w debacie na temat tego, czy Covid został zaprojektowany”.

Dr Simon Clarke, mikrobiolog z Reading University, zakwestionował, czy znalezisko było tak rzadkie, jak twierdzi badanie.

Powiedział MailOnline: „Może istnieć tylko pewna liczba [kombinacji genetycznych w] miejscach rozszczepienia furyny.

„Funkcjonują jak zamek i klucz w celi, a oba pasują do siebie tylko w ograniczonej liczbie kombinacji.

„Więc to interesujący zbieg okoliczności, ale z pewnością jest to całkowicie przypadek”.

Dowody poszlakowe od dawna stawiają pytania dotyczące pochodzenia Covid i jego powiązania z Instytutem Wirusologii w Wuhan.

Źródło: More evidence Covid was tinkered with in a lab? Now scientists find virus contains tiny chunk of DNA that matches sequence patented by Moderna THREE YEARS before pandemic began

---

Wstępne wyniki badań nad amantadyną

Prof. dr hab. n. med. Konrad Rejdak, kierownik Kliniki Neurologii SPSK Nr 4 i lider projekt badawczego „Zastosowanie amantadyny w zapobieganiu progresji i leczeniu objawów COVID-19 u pacjentów zarażonych wirusem SARS-COV-2” zaprezentował wstępne wyniki prowadzonego badania. Wnioski nie są jednoznaczne z dotychczasowymi rezultatami badania leku przeprowadzonego na Śląsku.

Wstępne wyniki badania klinicznego z wczesną interwencją terapeutyczną z zastosowaniem amantadyny u pacjentów z infekcją SARS-COV-2

Projekt badawczy finansowany przez Agencję Badań Medycznych w realizacji niekomercyjnego badania klinicznego:

„Zastosowanie amantadyny w zapobieganiu progresji i leczeniu objawów COVID-19 u pacjentów zarażonych wirusem SARS-COV-2”

Ośrodki realizujące

1.Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie; Uniwersytet Medyczny w Lublinie.

2.Uniwersyteckie Centrum Kliniczne; Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie.

3.Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego; Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Grudziądzu

4.Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wyszkowie

5.Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie

6.Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie

7.SPZOZ Kalwaria Zebrzydowska, Kalwaria Zebrzydowska, Poland

8.Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie.

Cel badania

Ocena w badaniu podwójnie zaślepionym z kontrolą placebo

skuteczności stosowania produktu leczniczego amantadyny we wczesnym stadium COVID-19 w zapobieganiu jego progresji w kierunku ostrej niewydolności oddechowej i następstw neurologicznych.

Przebieg badania

Uczestnikami są pacjenci zarażeni wirusem SARS-CoV-2 i obarczeni czynnikami ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19 (wiek i choroby współistniejące). Nie później niż w 5 dniu po potwierdzeniu badaniem laboratoryjnym infekcji wirusem SARS-COV-2 amantadyna lub placebo dodawana jest do standardowej opieki medycznej.

Wyniki analizy połówkowej

Spośród około 500 pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2 i objętych wczesną opieką medyczną w 7 ośrodkach klinicznych (aktywna rekrutacja), do badania włączono i poddano randomizacji 110 pacjentów. Wstępną analizę oceny bezpieczeństwa i skuteczności terapeutycznej wykonano u 93 uczestników badania klinicznego w obu grupach (Placebo vs Amantadyna), którzy ukończyli okres obserwacji 15 dniowej (faza podwójnie zaślepiona). W dniu włączenia do badania (Dzień 1) hospitalizacji wymagało 19,6% pacjentów, którzy zostali zrandomizowani do przyjmowania amantadyny i 14,6% pacjentów którzy wylosowali przyjmowanie placebo, natomiast pozostali uczestnicy pozostawali w obserwacji ambulatoryjnej.

U większości pacjentów w obu grupach zaobserwowano łagodny przebieg choroby. **Stwierdzono trend w kierunku skuteczności amantadyny**, wyrażający się w dniu 15 wyższym odsetkiem pacjentów bezobjawowych (62% amantadyna vs. 52% Placebo) oraz ciężkich powikłań i zgonu (amantadyna 0% vs. Placebo 4,6%). W analizie bezpieczeństwa odnotowano 41 zgłoszeń efektów niepożądanych (17 w grupie otrzymującej amantadynę i 24 w grupie otrzymującej placebo). 10 zgłoszeń określono jako

umiarkowanie ciężkie (4 w grupie z amantadyną i 6 w grupie z placebo) oraz 1 jako ciężkie (0 w grupie z amantadyną i 1 jako zgon w grupie z placebo).

Badanie jest kontynuowane celem oceny wpływu amantadyny na występowanie opóźnionych powikłań COVID-19 (tzw. zespół post-COVID-19).

Podsumowanie

Wyniki badań wczesnej obserwacji uczestników badania klinicznego (15 dni) wykazały:

1. Pozytywny profil Korzyści do Ryzyka (B/R) w leczeniu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 dla uczestników badania klinicznego w grupie z Amantadyną.
2. Obserwowano łagodny przebieg u większości pacjentów i 0,93% śmiertelność w całej populacji uczestniczącej w badaniu (2,4% w grupie placebo i 0% w grupie przyjmującej amantadynę).
3. W związku z realizacją niniejszego badania klinicznego około 500 chorych uzyskało kwalifikowaną pomoc medyczną w związku z rozpoznaniem potwierdzonego laboratoryjnie zakażenia wirusem SARS-COV-2 w ramach wizyt preselekcyjnych.
4. Agencja Badań Medycznych zdecydowała o dalszym kontynuowaniu badania klinicznego w oparciu o wstępne wyniki, z planowaną rekrutacją do 15.04.2022 w części podwójnie zaślepionej oraz przedłużenia obserwacji w części otwartej przez kolejne 6 miesięcy.

– Nasze wstępne wyniki badań wczesnej interwencji z zastosowaniem amantadyny są interesujące i wskazują na trend w kierunku skuteczności leku u pacjentów włączonych do badania w ciągu 5 dni od potwierdzenia zakażenia przy braku istotnych działań niepożądanych. Cieszymy się, że mamy zgodę ABM na kontynuację badania – mówi prof. dr hab. Konrad Rejdak, kierownik badań.

Powyższe dane mają charakter opisowy i nie mają znamienności statystycznej na obecnym etapie realizacji badania. Dane opisowe nie stanowią podstawy do formułowania wiążących wniosków końcowych.

Źródło: Samodzielny Publiczny Szpital kliniczny nr 4 w Lublinie

---

Niewygodna AMANTADYNA i niewiarygodne badania

Jak informuje portal prawo.pl „Bartłomiej Chmielowiec, rzecznik praw pacjenta wydał decyzję dotyczącą przychodni Optima z Przemyśla, w której przyjmuje Włodzimierz Bodnar. Rzecznik uznał, że placówka stosując amantadynę narusza zbiorowe prawo pacjentów do leczenia zgodnego aktualną wiedzą medyczną, i zakazał stosowanie tego leku w leczeniu Covid-19. Z kolei resort zdrowia poinformował, że w leczeniu szpitalnym amantadyna jest nieskuteczna.”

„- Jako Rzecznik Praw Pacjenta, kierując się troską o bezpieczeństwo i zdrowie pacjentów, nie mogę podjąć innej decyzji niż zakazać stosowania amantadyny do czasu, kiedy badania naukowe potwierdzą jej skuteczność – mówi Bartłomiej Chmielowiec. W Polsce od kwietnia 2021 roku takie badania prowadzą dwa zespoły badawcze: Samodzielnego Publicznego

Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie pod kierownictwem prof. Konrada Rejdaka oraz z Górnośląskiego Centrum Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach pod kierownictwem prof. Adama Barczyka. W projekcie realizowanym przez ŚUM uczestniczy też Włodzimierz Bodnar, specjalista chorób płuc, pediatra w NZOZ „Optima" w Przemyślu, podmiotu, w sprawie którego decyzję wydał RPP. Oba projekty finansuje Agencja Badań Medycznych – wydała na nie blisko 15 mln zł. W piątek 11. lutego 2022 roku na konferencji prasowej Ministerstwo Zdrowia poinformowało, że badania prof. Barczyka wykazały, że amantadyna jest **nieskuteczna w szpitalnym leczeniu Covid-19**."

„- Całość materiału dowodowego, w tym ostanie informacje uzyskane z Agencji Badań Medycznych wskazujące na niezasadność kontynuacji badania klinicznego i brak efektywności amantadyny w badanej populacji, dały podstawy do uznania, że leczenie Covid-19 przy zastosowaniu amantadyny jest niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Amantadyna nie jest zalecana w leczeniu COVID-19 w żadnych rekomendacjach – polskich czy europejskich. Również w wytycznych amerykańskich nie znajdujemy zaleceń stosowania amantadyny przypadku COVID-19. Amantadyna nie jest też zalecana w rekomendacjach WHO. Nie ma obecnie żadnych dowodów naukowych, które potwierdzałyby skuteczność i bezpieczeństwo leczenia COVID-19 przy pomocy amantadyny – czytamy w komunikacie na stronie Rzecznika Praw Pacjenta. Dlatego rzecznik wydał decyzję, że NZOZ „Optima" z Przemyśla naruszył zbiorowe interesy pacjentów, o czym poinformował w piątek.

„Tego dnia zostały też przedstawione pierwsze wyniki badań działania amantadyny w leczeniu Covid-19. Jak mówił prof. Adam Barczyk, badania nad amantadyną zostały przeprowadzone na próbie 149 chorych na COVID-19 **przebywających w szpitalu**. 78 chorych otrzymało amantadynę, a 71 placebo. – Wyniki pokazują, że nie ma żadnych różnic pomiędzy grupą pacjentów we wczesnej fazie z umiarkowanym bądź ciężkim COVID-19 leczonych amantadyną, a grupą pacjentów przyjmujących placebo –

zaznaczył profesor i zwrócił się do prezesa Agencji Badań Medycznych o zaprzestanie rekrutacji pacjentów i zakończenie badania. – Przedstawione dziś wyniki badań przerywają dyskusję na temat skuteczności leczenia amantadyną chorych na COVID-19 przebywających w szpitalu – podkreślił Radosław Sierpiński, prezes Agencji Badań Medycznych. Zaznaczył, że wkrótce zostaną przedstawione wyniki badania stosowania amantadyny wśród pacjentów ambulatoryjnych, czyli leczonych w przychodniach. **Decyzja RPP dotyczy zaś przychodni.„**

Zastanawiająca jest decyzja i kategoryczna opinia RPO o braku skuteczności i bezpieczeństwa leczenia COVID-19 przy pomocy amantadyny, jeśli przedstawione zostały tylko wyniki badań nad pacjentami hospitalizowanymi. Podkreślmy jeszcze raz – badania nad pacjentami leczonymi w przychodni NADAL trwają, zaś RPP kategorycznie zakazuje stosowania amantadyny…

Doktor Bodnar – dzięki, którego doświadczeniu możemy nieść skuteczną pomoc naszym pacjentom, podzielił się na profilu Przychodni Lekarskiej Optima w Przemyślu obserwacjami dotyczącymi powyższych decyzji, opinii i metodologii przeprowadzania badań nad amantadyną:

„Przedstawione na piątkowej konferencji Ministerstwa Zdrowia wyniki badań nad amantadyną rodzą bardzo duże wątpliwości, a wyniki nie można uznać za wiążące.

1. Była za mała grupa pacjentów z naukowego punktu widzenia, by wyciągnąć istotnie statystyczne wnioski. Nie bez powodu badanie zostało zaplanowane na 500 osób, co było poparte głęboką analizą matematyczną i aprobatą ekspertów ABM. Na małej populacji trudno udowodnić znamienne różnice statystyczne w badaniu klinicznym, aby było ono wiarygodne i zasadne w świecie naukowym.

2. Powolna rekrutacja w badaniu. Większość ośrodków nie rekrutowała (z 17 raptem 3-4 realnie rekrutowały). Część (jak na przykład Kraków) nie zrekrutowała ani jednego pacjenta

przez rok ‼ Przez co mamy ledwo 150 osób. A dawno powinno być 500.

3. Przez szpitale w ciągu ostatniego roku przewinęło się nawet do 200 000 osób z COVID-19, a nie można było znaleźć 500.

4. Usunięcie 16 pacjentów z badania (10% grupy) w związku z wycofaniem ich zgody budzi wątpliwości. Nie wiemy, co było powodem. Przez to, że badanie zostało przerwane, pacjenci nie są równo rozłożeni w grupach (78 vs 71). Spowodowało to różnicę wielkości między grupami na poziomie 10%. Przez co badanie sens stricte przestaje być randomizowane i zarazem grupa kontrolna nie jest miarodajna ze względu na zakończenie niezgodne z protokołem badania. Wycofało się ponad 10% osób z grupy placebo. W skrajnym przypadku, jeśli to były same zgony, amantadyna mogła wykazać dość dużą skuteczność.

5. Obecne badanie wskazuje ‘przy okazji’ nieskuteczność remdesiviru. Cały czas są sprzeczne informacje, raz ten lek działa, raz nie działa, raz bardzo szkodzi. Jednak ten wynik nie powoduje zakazu stosowania i wycofania z leczenia szpitalnego. Ale jednocześnie zakazuje stosowania amantadyny w przychodni. Dlaczego?

6. Dlaczego analizę danych badania wykonano i przedstawiono z pominięciem podmiotu odpowiedzialnego za badanie, firmy CRO?

7. Skuteczność może zmieniać się diametralnie w zależności od wielkości grupy. Nie jest prawdą, że na grupie 149 da się wyciągnąć wiarygodne dane do przerwania badania. Przykładem jest badanie Molnupiravir (Lagevrio). Przy grupie 775 pacjentów wykazywał 50%, podczas gdy zwiększono grupę do 1400, spadła ona aż do 30%. Według analizy pewności wyniku grupa 775 jest na tyle dużą grupą, że powinna dać dość dokładne wyniki. A tak się nie stało, różnica jest diametralna. Jednocześnie w amantadynie założono wynik za pewny.

W związku z powyższym, przerwanie badania przed czasem i

założoną ilością pacjentów jest niezgodne z protokołem. Podważa wiarygodność naukową badania i finalnie pozostawia otwartą dalszą dyskusję.

Jestem zdziwiony postawą Pana Profesora Adama Barczyka. Postawa Pana Profesora na konferencji prasowej wskazywała, że badanie przebiegało bez przeszkód i udało się uzyskać założony cel, były podziękowania za wszystko i dla wszystkich. Prawdopodobnie jest to związane z chęcią zachowania wysokiego profesjonalizmu prezentowanego przez Pana Profesora – chęć eleganckiego zamknięcia problemu, w który niechcący się wdepnęło. Niestety z perspektywy badania, inicjatorów oraz opinii publicznej pozostał ogromny niesmak, jak to badanie faktycznie przebiegało. Wielokrotnie rozmawialiśmy razem i wskazywaliśmy na trudności. Te ogromne przeciwności prawdopodobnie nie były przypadkowe i ich celem było spowolnienie i niedokończenie badania. Wszyscy wiemy, że został Pan kompletnie sam, bez jakiejkolwiek pomocy i wsparcia. Ośrodki nie chciały rekrutować pacjentów, lekarze nie odbierali telefonów tygodniami, a ABM oczekiwał ogromnej ilości dokumentacji i planów naprawczych, samemu nie oferując żadnych narzędzi i pomocy, aby to badanie przyspieszyć. Prawdopodobnie skorzystał Pan z propozycji Ministerstwa, aby badanie zamknąć przy najbliższej okazji, bo i tak nie udałoby się go pewnie zakończyć w wyznaczonym terminie ABM, a tym samym uniknąć ewentualnych konsekwencji z tym związanych.

Nie wspomniał Pan, że z 17 klinik raptem 3-4 aktywnie brało udział. A gdzie była reszta? Przecież te kliniki same się zgłosiły do tego badania! Większość nie zrekrutowała ani jednego pacjenta przez rok. Obecnie w szpitalach przebywa około 18 000 pacjentów. Przez rok pacjentów z powodu COVID-19 mogło być nawet 200 000 i nie znalazło się nawet 500 dla tego badania? Na próby wpłynięcia na ośrodki, które nie rekrutowały (jak choćby Kraków, czy Białystok), nie chciały reagować żadne urzędy, instytucje, ani ABM. Twierdziły, że to problem badania, a nie interes Polaków. Cała wina miała być Pana, bo

nie dotrzymałby Pan umowy. Dlatego rozumiemy, dlaczego tak Pan postąpił. Uważamy jednocześnie, że powinno rozpocząć się śledztwo, które ukazałoby drugie dno i realne powody, dlaczego to badanie nie zostało dokończone.Przygotowana konferencja miała także upokorzyć Pana Ministra Macieja Miłkowskiego, który razem z Ministrem Marcinem Warchołem walczyli o to badanie. Zapewne nie jest też zaskoczeniem, że na konferencji zupełnym przypadkiem (?) pojawił się już z gotową decyzją Rzecznik Praw Pacjenta, Bartłomiej Chmielowiec – z decyzją o zakazie stosowania amantadyny przez Przychodnię Lekarską Optima w Przemyślu. Która przecież nie jest szpitalem, a przychodnią i leczy pacjentów ambulatoryjnie. Skąd znane były wyniki profesora Barczyka tak wcześnie? I co z wynikiem profesora Rejdaka, który jeszcze ich nie ma? Czyżby Rzecznik Praw Pacjenta miał wyniki także drugiego badania przed jego ogłoszeniem? Czy może wyniki już z góry są znane, zanim sam profesor Rejdak je pozna? Bo trudno uwierzyć, że po takiej 'szopce', raptem za 10 dni, Rzecznik Praw Pacjenta wycofa swoją decyzję, gdy poznamy np.: korzystne wyniki z Lublina.

Rzecznik Praw Pacjenta chce manipulować faktami, twierdząc, że amantadyna dawała złudne poczucie leczenia.

Niestety, prawda jest zupełnie inna. To pacjenci:

– są zamykani na izolacji i są pozbawieni leczenia,

– mają ordynowane na teleporadzie antybiotyki, które nie działają na infekcje wirusowe,

– czekają zgodnie z zaleceniami na karetkę pogotowia, jak stan zdrowia się znacznie pogorszy

– i mają złudnie podawany niedziałający remdesevir na oddziałach szpitalnych, który kosztował kraj nawet miliardy złotych?

To nie podawanie amantadyny doprowadziło do tak wielu nadmiarowych zgonów, w przeciwieństwie do powyższego.Co Pan

Rzecznik zrobił w tych kwestiach, jeśli czuje się odpowiedzialny za prawa i zdrowie pacjentów?Żałosnym jest, jakimi doradcami otacza się nasz Rząd, który idzie coraz bardziej na dno. Zamiast otrząsnąć się z pseudo doradców, dalej ich trzyma przy sobie. Eksperci ogłaszali, że czekają nas armagedon w tej fali! Ilu z nich wręcz 'krzyczało', że jak nie zamkniemy kraju, to czeka nas miliony hospitalizacji? Nie spełniło się 'to życzenie' i nie spełni kolejne straszenie społeczeństwa – bo już nikt wam w to nie uwierzy.

A skąd taka złość i nienawiść do mojej osoby i naszej przychodni za promowanie amantadyny? Niewiele osób ma wyobrażenie o kosztach leczenia. Niestety, tu już kończy się etyka, a zaczyna się wyłącznie biznes.

Mało kto wie, że jedno opakowanie Molnupiravir na 5 dni kuracji jednego pacjenta (o skuteczności przewidywanej na około 30%) kosztuje nasz kraj blisko 3000 złotych? Ten sam lek w Indiach kosztuje jedynie 74PLN z opakowanie! Nieco niższą cenę zapowiada inna firma za lek Paxlovid. Nieco ponad 2000 złotych, z którą zresztą w ostatnich dniach Ministerstwo Zdrowia podpisało umowę na jego dostawę. Bo kto by się tam leczył za 30 złotych starym lekiem na grypę jak amantadyna? Te drogie 'nowe leki' de facto nie są nowe – Molnupiravir pierwotnie stosowany w leczeniu grypy typu A i B, a drugi w leczeniu HIV i WZW-C.

Nie trzeba sobie wyobrażać, co by się stało, gdyby badanie wykazałoby skuteczność amantadyny. Co by się stało z naszymi ekspertami, którzy zaciekle atakowali amantadynę? Wydawało się, że szkoda było naszej walki o badania nad amantadyną. Jednak miliony Polaków skorzystało z amantadyny i przekonało się o jej skuteczności. Wobec choroby nakręconej przez media siejące strach i dezinformację wśród ludzi o braku skutecznego leczenia przez ostatnie 2 lata.

Włodzimierz Bodnarlekarz pediatra, specjalisty chorób płuc"Podobnie na portalu stronazdrowia.pl możemy zapoznać się

z wieloma uwagami dotyczącymi wyciąganiu przedwczesnych wniosków z polskich badań i podejmowaniu pochopnych decyzji:

„Nie ma żadnych różnic między pacjentami, którzy przyjęli placebo a amantadynę" – to wypowiedź prof. Adama Barczyka ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, który początkowo miał badać lek zgodnie z pierwotnym protokołem ustalonym dla innych, polskich i europejskich ośrodków. Zamiast tego przeprowadzono próbę na 150 osobach, które otrzymywały już w dodatku zarejestrowany lek przeciwwirusowy, remdesiwir.

„Amantadyna nie leczy zapalenia płuc w COVID-19, gdy jest dodana do remdesiwiru. To główny wniosek z tej pracy, który można wyciągnąć" – komentuje tę wypowiedź prof. dr hab. n. med. Konrad Rejdak, który kieruje pracami nad lekiem prowadzonymi na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie.

Nie ma jeszcze jednak wniosków z innych badań z udziałem chorych we wczesnej fazie infekcji, a tylko wtedy lek może pomóc. Stwierdzenie, że „nie ma żadnych dowodów naukowych, które potwierdzałyby skuteczność i bezpieczeństwo leczenia COVID-19 przy pomocy amantadyny", które padło na konferencji prasowej wiceministra zdrowia 11 lutego 2022 roku, jest więc przedwczesne.

– W badaniu tym wzięli udział pacjenci przyjęci do szpitala z powodu COVID-19, u których stwierdzono już zapalenie płuc, i którzy byli już leczeni remdesiwirem, a lek amantadyna lub placebo był dodawany do terapii – wyjaśnia prof. Rejdak. **– Nie pokazuje to braku skuteczności amantadyny. Przypomnijmy, że takiej skuteczności nie wykazały też zarejestrowane leki, jak molnupirawir – w jego przypadku też przerwano badanie u chorych szpitalnych i zakończono program po stwierdzeniu nieskuteczności. Zastanawiająca była ponadto wysoka śmiertelność pacjentów otrzymujących remdesiwir plus amantadynę lub placebo sięgająca 10 procent**, co pokazuje, jak ciężką chorobą może być COVID-19.

– My badamy zupełnie inną populację – są to chorzy, którzy nie wymagali hospitalizacji, bo byli na wczesnym etapie infekcji, lub też przebywali w szpitalu z powodu innych chorób, a przy okazji stwierdzono u nich wczesną infekcję – tłumaczy neurolog.Czy to koniec polskich badań nad amantadyną, dostępnym już na rynku lekiem neurologicznym, który może chronić układ nerwowy przed koronawirusem?
– Badania nad amantadyną nadal trwają, ale nasz projekt dotyczy całkiem innej populacji – mówi prof. Rejdak. – Oceniamy objawy neurologiczne jako następstwo zakażenia koronawirusem. Pamiętajmy, że na dzień dzisiejszy nie mamy leków zarejestrowanych w tym wskazaniu. Jesteśmy w trakcie analizy pośredniej i oczywiście przedstawimy wstępne wyniki ambulatoryjne Agencji Badań Medycznych (która finansuje badania na zlecenie Ministerstwa Zdrowia – przyp. red) w celu podjęcia decyzji o kontynuacji badań. **W chwili obecnej nie zaobserwowaliśmy przy tym istotnych działań niepożądanych**, stosując wskazany schemat dawkowania.

„Analizując wszystkie powyższe dane nie sposób nie zauważyć, że decyzja RPP została wydana przedwczesnie i pochopnie, może ona skutkować zaniechaniem leczenia infekcji koronawirusowych we wczesnym etapie, w którym stosujący ją dotychczas lekarze i pacjenci doświadczyli jej skuteczności na „własnej skórze”. Zaniechanie wczesnego leczenia, to znowu duże ryzyko postępowania infekcji i cięższej jej przebiegu.**Czy zatem na pewno chodzi o troskę o zdrowie i życie Polaków?**

Dlaczego w kolejny sposób ogranicza się lekarzom i pacjentom wybór metody leczenia lekiem stosowanym od wielu lat, nazywa się go eksperymentalnym. Zaś wprowadzone przed nieco ponad rokiem do użytku preparaty genetyczne nazywane „szczepionkami” przeciw COVID-19 w ekspresowym tempie zyskały rangę bezpiecznych i skutecznych, chociaż fakty temu przeczą???A w zalecanych w Polsce schematach leczenia nadal widnieje **remdesivir,** jeśli – jak czytamy powyżej – **zastanawiająca była ponadto wysoka śmiertelność pacjentów go**

otrzymujących…To się samo komentuje.

Petycja w obronie ściganych dyscyplinarnie lekarzy

Podpisz PETYCJĘ w obronie lekarzy, którzy:

- albo **podpisali Apel naukowców i lekarzy w sprawie szczepień na koronawirusa Sars-Cov-2. List otwarty do Prezydenta i Rządu RP z dnia 30 listopada 2020 r.** (zwany dalej "Apelem z dnia 30 listopada 2020 r.")
- albo **podpisali Drugi Apel naukowców i lekarzy w sprawie szczepień na koronawirusa Sars-Cov-2 i powrotu do normalności z dnia 14 grudnia 2020 r.** (zwany dalej "Apelem z dnia 14 grudnia 2020 r.")
- albo **publicznie ostrzegali o niebezpieczeństwach związanych ze szczepieniami przeciwko COVID-19**

W związku z prowadzonymi przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej – **lekarza Grzegorza Wronę** postępowaniami dyscyplinarnymi w stosunku do:

1. lek. Pawła Basiukiewicza
2. lek. Katarzyny Bross-Walderdorff
3. lek. Dominiki Car
4. lek. Sławomira Czekałowskiego
5. lek. Antoniego Dwornika

6. lek. Tomasza Dmochowskiego
7. lek. Joanny Hajduklek
8. lek. Michała Hajduka
9. prof. Andrzeja Frydrychowskiego
10. lek. Anny Furmaniuk
11. lek. Eweliny Gierszewskiej
12. lek. Piotra Iwulskiego
13. lek. Agnieszki Jędraszko
14. lek. Grzegorza Klasy
15. lek. Marty Kołaty
16. lek. Marcina Kunca
17. prof. Krystyny Lisieckiej-Opalko
18. lek. Margaryty Majewskiej-Kuźnickiej
19. lek. Zbigniewa Martyki
20. lek. Doroty Mieszczak-Woszczyny
21. lek. Katarzyny Orlickiej
22. lek. Agaty Osiniak
23. lek. Izabeli Pałgan
24. lek. Doroty Rybak
25. lek. Zenona Tokarza
26. lek. Beaty Traczyk-Krupy
27. lek. Jadwigi Ujec-Kassolik
28. lek. Wojciecha Węglarza
29. lek. Haliny Wilczyńskiej
30. lek.Piotra Wojciechowskiego
31. lek. Piotra Rossudowskiego
32. lek. Doroty Sienkiewicz
33. lek. Roberta Ziemby
34. lek. Beaty Wrodyckiej-Żytkowskiej
35. lek. Andrzeja Żytkowskiego
36. lek. Tomasza Łopaciuka.

Apelujemy do Pana lek. Grzegorza Wrony o **niezwłoczne umorzenie wszystkich postępowań dyscyplinarnych** względem ww. lekarzy, bowiem w żadnym razie nie dopuścili się oni zarzucanych im przewinień dyscyplinarnych.

Po pierwsze, wszyscy ww. lekarze, nie podważyli zaufania do wykonywanego przez nich zawodu. Wprost przeciwnie – lekarze, którzy odważyli się podpisać ww. apele lub ci, którzy ostrzegają o niebezpieczeństwach związanych ze szczepieniami przeciwko COVID-19 w**zbudzają w nas o wiele większe zaufanie, niż ci, którzy taką odwagą się nie wykazali**. To właśnie tym lekarzom jesteśmy w stanie powierzyć swoje zdrowie i życie. Ich postawa jest godna naśladowania i zasługuje na najwyższe uznanie.

Po drugie, wszyscy ww. lekarze, w żadnym wypadku **nie dopuścili się promowania "postaw antyzdrowotnych"** ani też nie posługują się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub nie zweryfikowane naukowo. Lekarze, którzy podpisali ww. apele, zwrócili uwagę na istnienie wątpliwości związanych z masowymi szczepieniami przeciwko COVID-19.

O wszelkich zagrożeniach społeczeństwo polskie powinno być właściwie poinformowane i powinna się na ten temat odbyć debata publiczna z udziałem niezależnych ekspertów.

Obwinieni lekarze kierują się w swoich działaniach wyłącznie dobrem pacjenta i zabiegają o udostępnienie nam – zwykłym obywatelom – pełnej informacji zgodnie z wymogami Karty Praw Pacjenta.

Przyczyniają się do upowszechnienia wiedzy o prawach pacjenta oraz do lepszego zrozumienia instytucji świadomej zgody na procedurę medyczną. **Jako nieliczni, zwracają uwagę na profilaktykę zdrowotną i potrzebę ograniczenia teleporad na rzecz prawidłowej diagnostyki.**

Działania informacyjne podjęte przez niesłusznie obwinionych lekarzy, doprowadziły do poszerzenia naszej wiedzy na temat szczepień oraz zachęciły nas do poszukiwania informacji w oficjalnych źródłach, takich jak Charakterystyka Produktu Leczniczego.

Osobom kwestionującym dany pogląd nie można przy tym zarzucać

antynaukowego podejścia, skoro **samo podejście naukowe wymaga stawiania nowych tez i kwestionowania dotychczasowej wiedzy. Bez tego nie byłoby postępu.**

Ściganie dyscyplinarne lekarzy zgłaszających wątpliwości co do przyjętych przez główny nurt założeń, jest charakterystyczne dla światopoglądu opartego na religii, a nie na nauce.

Lekarze, względem których wszczęto postępowania dyscyplinarne, słusznie zwrócili uwagę, że w celu zlikwidowania epidemii koronawirusa i jak najszybszego powrotu do stanu normalności, **należy stopniowo zlikwidować wszystkie obecne obostrzenia,** co w znacznej części zostało uczynione przez rząd. Żadna z informacji zawarta w Apelu z dnia 30 listopada 2020 r., w Apelu z dnia 14 grudnia 2020 r. oraz w publikacjach i wystąpieniach ww. lekarzy nie była sprzeczna z aktualną wiedzą medyczną, nie podważała zaufania do zawodu lekarza i nie promowała postaw antyzdrowotnych.

Tym samym apelujemy o niezwłoczne odstąpienie od prowadzenia postępowań dyscyplinarnych względem wszystkich ww. lekarzy, bowiem ich postępowanie w żadnym razie nie podważyło zaufania do zawodu lekarza.

Podpisz PETYCJĘ. Udostępnij dalej!

Źródło: psnlin.pl

Mówimy NIE wobec dyktatury WHO!

Światowe Zgromadzenie Zdrowia postanawia rozpocząć negocjacje nad traktatem antypandemicznym

1 grudnia 2021 r. 194 członków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) porozumiało się co do **rozpoczęcia procesu redagowania i negocjowania konwencji, umowy lub innego międzynarodowego instrumentu** na podstawie konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, by poprawić profilaktykę, gotowość i reakcję pandemiczną.

Teraz zostanie powołany międzyrządowy organ negocjacyjny, którego pierwsze posiedzenie odbędzie się najpóźniej 1 marca 2022 r. (by uzgodnić sposoby i terminy pracy), a drugie – najpóźniej 1 sierpnia 2022 r. (by omówić postępy redakcyjne). Następnie, podczas 76 sesji Światowego Zgromadzenia Zdrowia w 2023 r., przedstawi on sprawozdanie z postępów prac, tak by instrument można było przyjąć do 2024 r.

Jeśli nie chcesz, aby WHO wprowadziło światową dyktaturę, która dotknie w jeszcze większym stopniu niż teraz naszego zdrowia i życia – wyraź swój sprzeciw poprzez podpisanie PETYCJI. To pierwszy krok do dalszych działań. Będziemy Was o nich na bieżąco informować.

Jak przekonują autorzy informacji, „pandemia Covid-19 to problem globalny” i „żaden rząd ani żadna instytucja nie są w stanie samodzielnie stawić czoła przyszłym pandemiom”.

*– Konwencja, umowa lub inny międzynarodowy instrument byłby **prawnie wiążącym aktem prawa międzynarodowego**. Umowa o*

profilaktyce, gotowości i reakcji pandemicznej, przyjęta w ramach WHO, pozwoliłaby państwom na całym świecie wzmocnić zdolności krajowe, regionalne i globalne oraz zwiększyć odporność na przyszłe pandemie – zaznacza Rada Unii Europejskiej.

Czy na pewno wzmocnić? Czy może scentralizować?

Takie rozwiązanie kryje za sobą liczne zagrożenia, o których atorzy oczywiście nie wspominają.

Wojciech Kokociński – sędzia Sądu Rejonowego w Nakle nad Notecią – członek Stowarzyszenia Prawników Głos Wolności analizuje ryzyko związane z przyjęciem przez państwa jednolitego instrumentu WHO:

„W dniu 1 grudnia 2021 r. 194 członków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) osiągnęło konsensus w sprawie rozpoczęcia procesu opracowywania i negocjowania konwencji, umowy lub innego instrumentu międzynarodowego zgodnie z Konstytucją Światowej Organizacji Zdrowia w celu wzmocnienia zapobiegania pandemii i gotowości do reagowania na nią.

Na pierwszy rzut oka wydaje się, że to dobra informacja dla ludzkości. Czy jednak, aby na pewno? Czy nie ma tutaj tzw. drugiego dna? Należy zadać sobie pytanie: co to będzie oznaczać dla każdego z nas, dla zwykłego, przeciętnego człowieka? Czy nie kryje się za tym zapowiedź kolejnych ograniczeń naszych praw i wolności obywatelskich, które w ostatnich dwóch latach zostały zdeptane w wyniku walki z pandemią Covid-19 (a może dzięki niej)? Przyjrzyjmy się zatem bliżej, co się kryje za tą inicjatywą.

Czym jest WHO?

WHO (ang. ***World Health Organization***), czyli Światowa Organizacja Zdrowia z siedzibą w Genewie, to instytucja działająca w ramach ONZ (Organizacji Narodów Zjednoczonych), zajmująca się ochroną zdrowia. Została powołana do życia w

1946 r., kiedy ratyfikowano jej konstytucję, a swoją oficjalną działalność rozpoczęła w 1948 r. Obecnie zrzesza prawie 200 państw na całym świecie. Zadaniem WHO jest działanie na rzecz zwiększenia współpracy między państwami w dziedzinie ochrony zdrowia i zwalczania epidemii chorób zakaźnych, a także ustalanie norm dotyczących składu lekarstw i jakości żywności. Organizacja dąży również do zapewnienia opieki medycznej całej ludności świata oraz zmniejszenia umieralności niemowląt.

Władzą naczelną WHO jest **Światowe Zgromadzenie Zdrowia** składające się z przedstawicieli wszystkich państw członkowskich, zbierające się raz do roku w Genewie. Zgromadzenie wybiera na okres 3 lat **Komitet Wykonawczy**, w skład którego wchodzi 34 ekspertów w dziedzinie zdrowia proponowanych przez państwa członkowskie. Zgromadzenie zatwierdza strategię finansową WHO, weryfikuje budżet oraz mianuje **Dyrektora Generalnego**. Dyrektor jest wybierany co 5 lat i stoi na czele Sekretariatu, który obejmuje około 8000 fachowców w dziedzinie zdrowia, ale nie tylko. Od 2017 r. funkcję Dyrektora pełni Tedros Adhanom Ghebreyesus.

Jak powszechnie wiadomo, działalność WHO koncentruje się na **rozprowadzaniu leków i szczepionek** w celu zapobiegania i zwalczania różnych chorób oraz epidemii. Organizacja realizuje też wiele kampanii związanych z prewencyjną ochroną zdrowia, np. zachęcających do ograniczenia spożycia cukru, stosowania diety bogatej w warzywa, promuje zdrowe warunki pracy itp.

WHO jest finansowane ze **składek członkowskich państw** oraz **dotacji**, jednakże aktualnie wartość środków przekazywanych tej organizacji m.in. przez **różne fundacje** (np. Billa i Melindy Gates oraz Rockefellera), **koncerny farmaceutyczne**, **organizacje pozarządowe** przekracza wysokość wkładu wszystkich państw członkowskich, co rodzi pytania o stopień niezależności tej instytucji. Przykładem może tu być sytuacja tzw. pandemii świńskiej grypy (H1N1).

W styczniu 2010 r. Rada Europy przesłuchała przedstawicieli

WHO oraz koncernów farmaceutycznych, którym zarzucono nieuzasadnione nagłośnienie i niepotrzebne ogłoszenie pandemii tzw. świńskiej grypy. Zdaniem Rady Europy powyższe działania miały na celu umożliwienie firmom farmaceutycznym sprzedaż szczepionek. Oskarżeniom tym zdecydowanie zaprzeczył Keji Fukuda, ówczesny doradca WHO ds. pandemii świńskiej grypy, jednakże przesłuchani w sprawie niezależni eksperci – Wolfgang Wodarg i Urlich Keil stwierdzili, że nie było realnych podstaw do ogłoszenia pandemii. Wpływ na tą decyzję miały koncerny farmaceutyczne, które finansują badania i są zainteresowane osiągnięciem jak największego zysku ze sprzedaży szczepionek.

Niewątpliwie założenia i cele działania Światowej Organizacji Zdrowia są szczytne i mogłoby się wydawać, że instytucja ta dba wyłącznie o ochronę ludzkiego zdrowia, jednakże w jej działaniach nierzadko można zauważyć **konflikt interesów** oraz **brak przejrzystości.** Tego rodzaju zarzuty stawia się WHO także przy ogłoszeniu ogólnoświatowej pandemii wirusa SARS-CoV-2 – co powinno zostać wszechstronnie zbadane i wyjaśnione przez międzynarodową komisję.

Jednolity Instrument

Przechodząc do *meritum*, jak się okazuje, wszystkie państwa członkowskie WHO zdecydowały, że w związku z pandemią COVID-19 i trudnościami we wdrażaniu wspólnych rozwiązań mających przeciwdziałać jej rozwojowi, zostaną podjęte prace w celu opracowania jednego, wspólnego kierunku oddziaływania (instrumentu), aby sprawnie przeciwdziałać kolejnym epidemiom (które rzecz jasna są dla nas kwestią czasu, jak wieszczy WHO i jej naczelny sponsor Bill Gates). Już w dniu 1 marca 2022 r. ma się odbyć w Genewie pierwsze posiedzenie międzyrządowego organu negocjacyjnego (w celu uzgodnienia sposobów pracy i terminów), a drugie do dnia 1 sierpnia 2022 r. (w celu omówienia postępów nad projektem roboczym). Następnie zostanie przedstawione sprawozdanie z tych prac na 76 Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w 2023 r., a wspomniany instrument ma zostać przyjęty **najpóźniej do 2024 r**.

Czy jest to rzeczywiście niezbędne? Zdaniem WHO tak.

Organizacja ta przekonuje, że pandemia COVID-19 stanowiła **globalne wyzwanie** i żaden rząd, ani instytucja, nie są w stanie samodzielnie zaradzić groźbie przyszłych pandemii. Taka konwencja, umowa lub inny instrument międzynarodowy będzie **prawnie wiążący** na mocy prawa międzynarodowego i w ocenie WHO umożliwi państwom na całym świecie wzmocnienie krajowych, regionalnych i globalnych rozwiązań w celu przeciwdziałania przyszłym pandemiom (oczywiście wszystko to dla naszego wspólnego dobra). Zdaniem WHO zapewni to również trwałe i długoterminowe zaangażowanie polityczne na poziomie światowych przywódców państw lub rządów, jasno zdefiniuje procesy i zadania, wzmocni długoterminowe wsparcie sektora publicznego i prywatnego na wszystkich poziomach oraz przyczyni się do **integracji zagadnień zdrowotnych** we wszystkich odpowiednich obszarach polityki. Zachwalając ten pomysł, WHO i wspierające ją osoby wskazują, że propozycja międzynarodowego instrumentu w sprawie zapobiegania pandemii i gotowości do reagowania na nią kieruje się **duchem zbiorowej solidarności**, zakorzenionej w zasadach sprawiedliwości, otwartości i przejrzystości. Zdaniem pomysłodawców tej idei, ani poszczególne rządy, ani społeczność globalna nie są w stanie całkowicie zapobiec pandemii. Jednakże odpowiednio przygotowana społeczność międzynarodowa będzie lepiej dostosowana do reagowania na przyszłe pandemie w całym cyklu wykrywania, alarmowania i reagowania, a proponowany instrument określi cele i podstawowe zasady oraz ustali niezbędne wspólne działania odnośnie zwalczania pandemii.

Taka międzynarodowa konwencja, umowa lub inny międzynarodowy instrument dotyczący pandemii wspierałby i koncentrował się m.in. na wczesnym wykrywaniu i zapobieganiu pandemii, budowaniu odporności na przyszłe pandemie i reagowaniu na nie. W szczególności miałoby się to odbywać poprzez zapewnienie powszechnego i sprawiedliwego dostępu do rozwiązań medycznych, takich jak szczepionki, leki i diagnostyka. Umożliwiłoby to

WHO koordynowanie kwestii zdrowotnych w poszczególnych państwach członkowskich z poziomu globalnego zarządzania. Wypracowano by wówczas tzw. **jednolite podejście do zdrowia na całej planecie**.

By żyło się lepiej

Spójrzmy na proponowane nam przez WHO zachęty i korzyści do wdrożenia takiego rozwiązania.

Przede wszystkim mówi się o tym, że nadzór nad ryzykiem wybuchu kolejnej pandemii będzie znacznie lepszy. Państwa będą dzielić się wiedzą na temat nowych chorób zakaźnych przenoszonych ze zwierząt na ludzi (jak na targu w Wuhan). Zwiększy się zdolność laboratoriów i nadzór wymagany do identyfikacji chorób zwierząt we wszystkich krajach. Współpraca między ośrodkami badawczymi na całym świecie zostanie wzmocniona, a ich finansowanie usprawnione.

W ocenie WHO należałoby wprowadzić większą liczbę poziomów ostrzegania, proporcjonalnie do stopnia zagrożenia zdrowia, powszechnie zacząć **stosować technologie cyfrowe i innowacyjne narzędzia do gromadzenia i udostępniania danych**, wspierać komunikację w czasie rzeczywistym i systemy wczesnego ostrzegania. Należy przy tym zapewnić nieprzerwany dostęp do niezbędnych dostaw leków i sprzętu z dowolnego miejsca na świecie. Służyć ma temu **globalna koordynacja skutecznego gromadzenia zapasów,** w tym medykamentów i wysoko wykwalifikowanych międzynarodowych zespołów medycznych. Niezbędne jest także globalne, skoordynowane podejście do odkrywania, opracowywania oraz dostarczania skutecznych i bezpiecznych rozwiązań medycznych, takich jak szczepionki, leki, diagnostyka i sprzęt ochronny, wymiana patogenów, próbek biologicznych i danych genomicznych, a także opracowywanie ich we właściwym czasie.

Krajowe systemy zdrowia publicznego powinny być poddane wspólnym ocenom zewnętrznym, aby skutecznie mogły reagować na

wybuch pandemii.

WHO przekonuje, że tego rodzaju umowa międzynarodowa zapewni większą przejrzystość i wspólną odpowiedzialność w systemie międzynarodowym. Umowa stworzy podstawy do lepszej komunikacji i informacji dla obywateli oraz umożliwi skuteczne **zwalczanie dezinformacji** odnośnie pandemii na całym świecie.

Należy zauważyć, że Rada Unii Europejskiej w dniu 20 maja 2021 r. przyjęła decyzję o wsparciu rozpoczęcia negocjacji międzynarodowego porozumienia w sprawie zwalczania pandemii w ramach WHO. Również Unia Europejska bierze udział w negocjacjach dotyczących omawianych spraw wchodzących w zakres kompetencji UE, z myślą o ewentualnym przystąpieniu do przedmiotowego instrumentu.

Medyczna dyktatura?

Przyglądając się celom tej międzynarodowej inicjatywy nie sposób pominąć faktu, że na pierwszy plan wybija się słowo "**globalne**". Chodzi tak naprawdę o stworzenie jednolitego modelu dotyczącego rozwiązań jakie państwa-sygnatariusze takiego instrumentu będą zobowiązane stosować w przypadku ogłoszenia kolejnych pandemii przez WHO. W pewnym zakresie chodzi również o uznanie nadrzędnej i wiążącej roli tej organizacji przy wdrażaniu konkretnych rozwiązań w walce z epidemiami chorób zakaźnych.

Czy nie przypomina to, szanowny Czytelniku, znanego z przeszłości **Systemu Centralnego Planowania** z czasów realnego socjalizmu państw bloku Układu Warszawskiego?

Aktualnie WHO nie ma możliwości podejmowania wobec państw będących jej członkami wiążących decyzji, na mocy których dany kraj musiałby stosować określoną strategię w walce z jakimś zagrożeniem chorobowym. Oczywiście, biorąc pod uwagę pozycję i autorytet tej organizacji na świecie wiele państw polega na jej ocenach i wdraża zalecenia dotyczące walki z chorobami, w tym przede wszystkim z wirusem SARS-CoV-2, jednakże są to

tylko i wyłącznie zalecenia, od których w każdym czasie można odstąpić.

Przyjęcie proponowanej agendy przez Unię Europejską, a następnie zaimplementowanie jej postanowień do krajowych porządków prawnych państw członkowskich (w tym rzecz jasna Polski) oznaczałoby utratę dalszej cząstki suwerenności państw narodowych, tym razem w obszarze zdrowia.

Nietrudno bowiem sobie wyobrazić sytuację, że krótko po ogłoszeniu kolejnej pandemii, osoby wyznaczone przez Kierownictwo WHO do zarządzania jej przebiegiem, opracowałyby jeden model strategii, który państwa członkowskie musiałyby wprowadzić, aby nie narażać się na konsekwencje w sferze relacji międzynarodowych, krytykę publiczną, a nawet pewne kary (np. finansowe, jak ma to miejsce w Unii Europejskiej przy okazji niezastosowania się do określonych rozwiązań Komisji Europejskiej, czy też orzeczeń Trybunału Sprawiedliwości UE).

Takie globalne rozwiązanie niewątpliwie **sprzyjałoby także narzucaniu jedynej i słusznej narracji odnośnie przyczyn wybuchu danej pandemii**, jej przebiegu, sposobu zwalczania, przeciwdziałaniu rozprzestrzenianiu się wirusa itp., walki z wszelkiego rodzaju innymi pomysłami (określanymi jako dezinformacja, z czym mamy do czynienia np. na platformach typu Facebook czy Youtube, gdzie usuwane są wszelkie treści niezgodne z oficjalną narracją mediów mainstreamowych odnośnie wirusa SARS-CoV-2).

Skutecznie będzie można wówczas eliminować wszelkie alternatywne metody leczenia chorób, inne niż zaproponowane przez WHO w ramach zawartego porozumienia, a środki nacisku jakimi będą dysponowały państwa sygnatariusze takiej umowy międzynarodowej będą praktycznie nieograniczone.

Dlatego też, nie kwestionując pozytywnych założeń jakie zapewne leżą u podłoża opracowania takiego **międzynarodowego**

instrumentu zdrowotnego, nie można zapominać o niebezpieczeństwach jakie będzie on ze sobą niósł. Może to dotyczyć w szczególności pozbawienia państw-sygnatariuszy możliwości prowadzenia własnej, niezależnej polityki zdrowotnej, odbiegającej od powszechnie prezentowanej narracji i metod jakie narzuci WHO.

Przypomnijmy, że niezależność tej Instytucji budzi wątpliwości. Powiązania jej członków z fundacjami i organizacjami finansującymi są przedmiotem badania niezależnych dziennikarzy śledczych, a jej rola w ogłoszeniu pandemii koronawirusa nie została na razie wyjaśniona. Nie wiadomo więc czyje tak naprawdę cele i interesy będzie reprezentować WHO i jakie rozwiązania wprowadzi w państwach, które przyjmą omawiany instrument międzynarodowy oraz kto w rzeczywistości będzie wydawał decyzje odnośnie wprowadzanych środków i restrykcji, które obejmą niemal cały świat.

Na podstawie aktualnej sytuacji zdrowotnej na świecie widać wyraźnie, że otwiera się tu pole do:

- **olbrzymich nadużyć finansowych**
- **możliwości zapewnienia niekończących się zysków koncernom farmaceutycznym**
- **finansowania przez rządy wątpliwych moralnie badań i eksperymentów medycznych**
- **kształtowanie nowego człowieka**
- **promowanie transhumanizmu**
- **wprowadzanie totalnej cyfrowej kontroli społeczeństwa pod pretekstem walki o nasze zdrowie**

Bardzo realna jest w tym wypadku groźba braku jakiejkolwiek kontroli nad działaniem WHO i osób, które w jej imieniu będą globalnie zarządzać kolejnymi pandemiami. Przecież to WHO podejmuje decyzję o ogłoszeniu światowej pandemii, ustala jej definicję (i zmienia w zależności od potrzeb i okoliczności, bądź też nacisku sponsorów?). To WHO rekomenduje środki mające najlepiej służyć do walki z epidemią i to WHO na mocy

przygotowywanego instrumentu zdrowotnego będzie miała możliwość realnego wpływu na przebieg pandemii i wszelkie istotne procesy z nią związane w państwach, które podpiszą taki dokument.

Warto więc, aby politycy pochylili się nad tym problemem i krytycznie spojrzeli na tę inicjatywę, tak aby ostateczna decyzja w tym zakresie uwzględniała interesy każdego z nas, zwykłego człowieka, który ma naturalne prawo do tego, aby samodzielnie decydować o swoim ciele i procedurach medycznych, którym chce się poddać.

Czy rzeczywiście państwa narodowe, a Rzeczpospolita Polska w szczególności, nie są w stanie samodzielnie zorganizować efektywnej służby sanitarnej, która przecież musi reagować z uwzględnieniem specyfiki lokalnych warunków? Czy przykład niezależnej od światowych (europejskich) procedur polityki sanitarnej Szwecji podczas obecnej pandemii, nie powinien być najlepszym dowodem na konieczność pozostawienia państwom narodowym decyzji w przedmiocie reagowania na zagrożenia epidemiczne? Czy rzeczywiście państwa powinny rezygnować ze swojej części suwerenności na rzecz *de facto* prywatnej organizacji zdrowotnej?

W tej kwestii w pierwszej kolejności powinna odbyć się rzetelna i transparentna debata publiczna, której zwieńczeniem mogłaby być procedura wypowiedzenia się obywateli Rzeczpospolitej w referendum ogólnonarodowym na temat tego, czy polskie państwo powinno przyjąć (ratyfikować) jednolity instrument WHO.”

Zachęcamy do jak najszerszego informowania społeczeństwa o kolejnej możliwości ograniczenie suwerenności naszego kraju i nas samych.

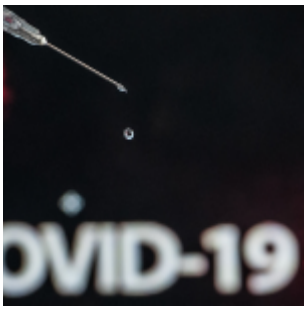
Jeśli nie chcesz, aby WHO wprowadziło światową dyktaturę, która dotknie w jeszcze większym stopniu niż teraz naszego zdrowia i życia – wyraź swój sprzeciw poprzez podpisanie

PETYCJI. To pierwszy krok do dalszych działań. Będziemy Was o nich na bieżąco informować.

Nie pozwolimy na odebranie nam decyzyjności co do naszego zdrowia! Stop MEDYCZNEJ DYKTATURZE!

Żródło: psnlin.pl

„Pandemia” której nie było. Ofiary (wyszczepiania) które są



Wramach taktycznego wycofywania się z narracji o „pandemii” i zacierania śladów dokonanej zbrodni na ludzkości przy pomocy lockdownów, restrykcji, zubożenia społeczeństw, pozbawienia podstawowej opieki zdrowotnej czy promowania genetycznych preparatów, rządowe agencje kontynuują oszukiwanie społeczeństw poprzez manipulację statystykami.

Przez całe dwa lata tzw. pandemii podawane dane o „przypadkach na Covid-19”, „zakażeniach” czy nawet „zgonach na Covid-19”, często były mieszane ze sobą tworząc medialny obraz przeraźliwego „wirusa”, który przetrzebia społeczeństwa niezliczoną wprost liczbą „ofiar”. W rzeczywistości, w czasie rzekomo największej groźby „wirusa”, czyli w 2020 roku, śmiertelność była mniejsza niż w poprzednich latach, co

powinno zmusić do myślenia nawet największych koronamaniaków stawiając pierwsze i zasadnicze pytanie: czy przy spadku ogólnej śmiertelności mieliśmy rzeczywiście do czynienia z jakąkolwiek pandemią?

Manipulacje kanadyjskich tyranów

Według niedawno opublikowanych danych dotyczących „pandemii" w kanadyjskiej prowincji Kolumbia Brytyjska – danych wydartych lokalnemu rządowi w ramach prawa o jawności informacji (FOIPPA), gdyż rządy na jakimkolwiek szczeblu nie dzielą się dobrowolnie takimi informacjami – wynika, że w latach „pandemicznych" hospitalizowano **mniej** osób niż przed „pandemią".

Np. gdy w latach 2017/2018 hospitalizowano 455 393 osoby (na oddziałach intensywnej terapii ICU: 39 656), w latach 2018/2019 – 459 088 (ICU: 40 032), w latach 2019/2020 – 461 022 (ICU: 40 536), to w latach 2020/2021 – 431 822 (ICU: 39 160).

> *This defiantly requires an explanation from the BC government. https://t.co/7ajjdLO8zi pic.twitter.com/3EJi7OmHLz*
>
> *– Greg (@greg_scott84) February 11, 2022*

Dokumenty „FOI Request – HTH-2021-13906" wydarte rządowi British Columbia można pobrać **stąd**

Podobnie wyglądają statystyki w innych częściach Kanady oraz w wielu częściach świata: w roku „największej pandemii", czyli w 2020, spadła liczba zgonów, zaś rok później, gdy rozpoczęto kampanię wyszczepiania ludzkości, nastąpił gwałtowny wzrost śmiertelności, i to właśnie wśród zaszczepionej populacji.

Opłacalne mnożenie „ofiar kowida”

Kolejnym pytaniem, które powinni stawiać sobie koronamaniacy wierzący w pandemię – bo tylko religijne podejście do tych zagadnień może usprawiedliwić ich dogmatyczne oddanie – brzmi: czy osoby zmarłe, które zaliczono jako „ofiary Covid-19” rzeczywiście zmarły na mitycznego kowida?

Odpowiedź jest więcej niż oczywista, gdyż dzisiaj nawet główne media zaczynają powątpiewać w astronomiczne liczby „ofiar pandemii”, w ślad za nowymi opowieściami kapłanów kowidowych, jak Antoniego Fauci, szefa NIAID, czy szefowej CDC, Wallensky, którzy po dwóch latach generowania liczb nagle zaczęli tworzyć rozróżnienie mówiąc, że były osoby „zmarłe na Covid” i „zmarłe z Covidem”. Jak jednak rozsądzić kto zmarł „na-” a kto „z kowidem” pozostaje talmudyczną zagadką nie do rozwiązania, bo przecież jedni i drudzy umierali nie „od/z”, ale w wyniku zaniedbań w procesie podstawowej prewencji, niewłaściwej diagnozy i samego „leczenia”. Ale celem zwiększania statystyk jednej i drugiej grupie przypisano w aktach zgonu kowida, choć zdarzało się również, że do statystyk kowidowych dodawano ludzi zmarłych bez żadnych testów.

Jeanne Stagg, tzw. sygalistka ujawniła niedawno informacje potwierdzające od dawna znane w niezależnych mediach fakty, że wiele z „ofiar kowida” to osoby zmarłe w wyniku całej gamy innych chorób czy incydentów. Stagg, pracująca dla stanowej agencji rozliczającej ubezpieczenie w ramach państwowej pomocy socjalnej Medicaid, przekazała te dane do Projektu Veritas. Ujawniła ona jak agencja w stanie Luisiana gdzie pracowała, przypisywała wszelkimi sposobami swoich pacjentów do tabelek, według których hojnie rozliczano „chorych na Covid” w ramach funduszów Medicaid. Ubezpieczenie państwowe Medicaid jest jedną wielką krową dojną dla firm ubezpieczeniowych, szpitali i lekarzy, z monstrualną kwotą rocznych wypłat w wysokości niemal 700 miliardów dolarów, i obok innego programu ubezpieczeń społecznych – Medicare (około biliona dolarów rocznie), stanowią podstawowe źródła dochodów wielu instytucji

„służby zdrowia”.

Jak mówi Jeannie Stagg, wśród „zmarłych na Covid” nie brakowało i ofiar strzelaniny, i chorych na wszelkie dolegliwości. Stagg ujawniła, że „próbowaliśmy zwrócić uwagę kierownictwa na przypadki nadużyć, oszustwa i marnotrastwa, lecz nie było zainteresowania”.

I nie ma się co dziwić, wszak szpitale są z reguły jednostkami operującymi na zasadach biznesowych: im więcej klientów pierwszej klasy, tym lepiej, a mówienie o pacjentach jest już anachronizmem, gdyż szpitale stały się intratnymi jednostkami biznesowymi, z dobrze opłacanymi pracownikami najemnymi, zwanymi dla zmylenia lekarzami.

Jak pamiętamy, po ogłoszeniu „pandemii” i zasianiu strachu, ludzie rzucili się do szpitali z najmniejszymi przypadkami chorobowymi, które dotychczas były leczone w warunkach domowych: zwykła grypa zamiast przeleżenia trzy dni w sypialni, stała się teraz strasznym kowidem, wzmocnionym „pewnością” tzw. testu, magicznymi procedurami oraz nawałnicą medialnych doniesień. W szpitalu delikwenta poddawano serii trucizn (np. stosowaną również i w Polsce w „leczeniu Covid-19” trucizną o nazwie *Remdesivir*) i listą procedur ułatwiających zejście z tego świata. Szpitale szczególnie dbały o napływ nowych klientów. W Stanach Zjednoczonych szpitale zgarniały około 14 tysięcy dolarów od kowidowego pacjenta, a gdy podłączyli go do śmiertelnego wentylatora, stawka wzrastała o kolejne 30 tysięcy dolarów. Jak można odmówić sobie takiego interesu, który smakował administratorom szpitali lepiej niż przyłączenie się do mafii meksykańskiej? (A całe środowisko lekarskie nie jest wcale tak daleko od mafii narkotykowej, rozprowadzając wśród swoich klientów zalegalizowane narkotyki zwane lekami).

Szpitale do tego stopnia przyzwyczaiły się do łatwych pieniędzy, że traktują swoich klientów jako zakładników, nie zezwalając na wizyty rodzin, na zapewnienie prawidłowego

odżywiania i zmuszają klientów do wyrażania zgody na „leczenie” wysoce szkodliwymi chemikaliami, pomimo wielokrotnych odmów pacjentów. Nie są to odosobnione przypadki i w ramach pomocy biuro prawnicze Jeff’a Childers z Gainsville na Florydzie wydało specjalny przewodnik dla rodzin jak zachować się w przypadku nękania pacjentów przez szpitale i lekarzy. *„Najczęściej napływającym zażaleniem jest wywieranie nacisku na pacjentów aby wyrazili zgodę na przyjęcie Remdesiviru, bądź podawanie Remdesiviru nawet przy wyraźnej odmowie, jak również odmawianie przez szpitale alternatywnych metod leczenia, pomimo że są szeroko znane, nawet w przypadku gdy stan pacjenta jest krytyczny [..] Sam osobiście byłem świadkiem wydawania przez szpital dziesiątek tysięcy dolarów na prawników, aby zatrzymywać pacjentów w szpitalu.”* – pisze Childers.

Ofiary wyszczepiania

Propagandziści kowidowi, spanikowani coraz trudniejszymi do ukrycia liczbami zgonów oraz czując budzące się niezadowolenie trzeźwiejących grup dostrzegających nagle, że byli oszukiwani co do „skuteczności i bezpieczeństwa” produktów, które przyjęli – zaczynają tworzyć nowe teorie mające tłumaczyć lawinę powikłań i zgonów.

Oto niby szanowane pismo naukowo-medyczne JAMA opublikowało artykuł pt „Przypadki myocarditis raportowane po zaszczepieniu szczepionką mRNA przeciwko Covid-19, w Stanach Zjednoczonych, od grudnia 2020 r do sierpnia 2021 r.” W artykule znajdujemy mieszaninę prawdy, pół-prawd oraz zwykłego szamaństwa, ale co można się spodziewać po autorach pracujących dla CDC, z Johnem Su, jednym z głównych architektów prania mózgów.

Najpierw czytamy, że system VAERS, na którym autorzy bazują swoje badania *„jest systemem pasywnym, a zawarte dane mogą być zarówno przeszacowane, jak i niedoszacowane*”. Jak można w ogóle mówić o przeszacowaniu (*overreporting*), jeśli historycznie VAERS był zawsze niedoszacowany (*undereporting*),

a sama CDC zleciła niezależnej instytucji zbadanie tego problemu. Badania przeprowadzone przez *Harvard Pilgrim*, wykazały, że **system VAERS rejestruje jedynie około 1% wszystkich występujących skutków ubocznych** szczepionek. Działo się to na długo przed tym jak wymyślono przeprowadzenie zabiegu o nazwie „światowa pandemia", a gdy nadeszły już cudowne preparaty genetyczne mające zwalczyć złowrogiego wirusa, VAERS stał się wyklętym narzędziem, którego używania wręcz zabraniano lekarzom, pod rygorem nawet zwolnienia z pracy.

Nawet sama agencja CDC, administrująca wespół z FDA systemem VAERS, stwierdza jasno, że

> *„Niedoszacowanie jest jednym z ograniczeń pasywnych systemów, włączając w to VAERS. Określenie „niedoszacowanie" odnosi się do faktu, że VAERS otrzymuje tylko mały ułamek rzeczywiście obserwowanych wydarzeń."*

Jak można zatem w ogóle wspominać w naukowym piśmie o „przeszacowaniu", jest zupełnie niezrozumiałe, pod warunkiem, że założymy chęć świadomej manipulacji i zmiękczania faktów. Zatem, nawet samo wspominanie o przeszacowaniu jest jakąś złośliwością naukowców, którzy jednak reflektują się przyznając dalej, że „niedoszacowanie jest bardziej prawdopodobne". Co więcej, w dalszej części zdania przyznają oni, że *„rzeczywiste oszacowania myocarditis [zapalenie mięśnia sercowego] na milion przyjętych szczepionek, prawdopodobnie są wyższe niż szacowano."*

Naganiacze z CDC przyznają więc, że mamy problem i próbują go jakoś rozładować. Potem przytaczają wyniki VAERS, skupiając się na grupie młodzieńców w wieku 16-17 lat, gdzie wybiórczy VAERS notuje 106 przypadków zapalenia mięśnia sercowego na milion podanych dawek „szczepionki". Wynikałoby z tych oficjalnych rozważań, że w nagrodę za przyjęcie genetycznego preparatu przeciwko chorobie, która w niczym nie zagrażała tej

grupie wiekowej, jeden na 9433 chłopców w wieku 16-17 lat otrzyma zapalenie mięśnia sercowego. Oczywiście rzeczywistość jest o wiele brutalniejsza, choćby poprzez rozszerzenie grupy wiekowej, jak i pomnożenie przez współczynnik niedoszacowania URF. Niezależni naukowcy opierając się na tych samych metodach obliczeniowych, które stosuje sama CDC, już wcześniej obliczyli wskaźnik niedoszacowania systemu VAERS, wahający sią od 20 do 50, dla zgonów, a dla przypadków *myocarditis* dochodzący nawet do 100. Jeśli przyjąć, że URF=100, to **co setny zaszczepiony chłopak otrzymał bombę zagarową**, która doprowadza do ruiny cały organizm poprzez mniej wydolne serce. Co gorsza, napływające fakty od lekarzy autentycznie badających i leczących pacjentów w swoich gabinetach – w przeciwieństwie do tych, którzy od 30 lat nie widzieli pacjenta, jak np. Fauci, czy wpatrzonych w formułki i tabele lekarzy-naukowców – są tak częste, że przerażają nawet obeznanych z rzadkimi chorobami lekarzy.

Myocarditis – jedna z poszczepiennych pamiątek

Zapalenie mięśnia sercowego nie musi od razu oznaczać śmiertelne zejście, chociaż jesteśmy świadkami takich przypadków – ostrzegają lekarze przerażeni niespotykaną dotychczas częstością występowania *myocarditis* u młodych, zdrowych osób, szczególnie chłopców. Dużo częściej oznacza, że następuje powolny proces tworzenia się mikrozatorów, co powoduje niedotlenienie organizmu poprzez mniej wydolny układ krwionośny. Zaszczepiony młody osobnik nie wie dlaczego czuje się osłabiony, apatyczny, dlaczego szybko się męczy, dlaczego częściej choruje, pokasłuje miesiącami, ma jakiś płytki oddech, dlaczego częściej podłapuje jakieś przeziębienia, dlaczego puls jest zwiększony (serce zmuszone jest pompować szybciej poprzez zwężone naczynia), dlaczego zaczyna mieć problemy neurologiczne, itd. Sportowcy przerywają karierę, zmęczona młodzież aby zrekompensować niedostatki, sięga po różne używki, dopalacze. Niektórzy z takimi stanami serca trafiają na pogotowie, inni do przychodni, część cierpi, nawet

nie zastanawiając się nad powiązaniem przyczyny ze skutkiem, tym bardziej, że media nie informują o niebezpieczeństwie, lekarze dalej recytują mantrę o „skuteczności i bezpieczeństwie”, a władze brną w zaprzeczanie posiłkując się „badaniami naukowymi” wyprodukowanymi przez posłusznych pseudo-naukowców. Większość jednak cały czas prowadzi dotychczasowe życie w przeświadczeniu spełnienia „obowiązku społecznego” poprzez przyjęcie nieprzebadanego preparatu, który w podstępnym tempie czyni spustoszenie.

Pamiętajmy, że powikłania po przyjęciu genetycznego preparatu reklamowego jako „szczepionka przeciwko Covid-19” bardzo często skupiają się na trzech głównych narządach: sercu i układu krążenia, układu rozrodczego oraz mózgu, nie omijając oczywiście innych narządów i organów, np. oczu, uszu (utrata słuchu), rąk czy nóg (które trzeba obcinać) oraz przyczyniają się do licznych chorób autoimmunologicznych. Problem z mięśniem sercowym, bardzo często obserwowany właśnie u młodych mężczyzn, w tym tych aktywnych fizycznie, jest o tyle groźny, że jakiekolwiek uszkodzenie serca NIGDY nie goi się całkowicie i ZAWSZE pozostaje blizna, która będzie utrudniała normalne funkcjonowanie serca DO KOŃCA ŻYCIA. Warto po raz kolejny to zaznaczyć i uświadomić, szczególnie lekarzom (którzy zaspali na pierwszych lekcjach studiów) i tzw. ekspertom telewizyjnym, którzy za pieniądze bądź chwilę sławy wyrecytują każdą zwrotkę z wiersza o „bezpieczeństwie i skuteczności”.

Natomiast znawcy tematu wiedzą co mówią, zresztą nie jest nauka tajemna lecz to co medycyna akademicka i kliniczna uczyła od lat, do czasu tzw. pandemii i tzw. szczepionek, które wywróciły pojęcia i definicje do góry nogami. Zacytujmy dr. Rogera Hodkinson, patologa:

> *“Zapalenie mięśnia sercowego nigdy nie jest łagodne, szczególnie u młodych zdrowych mężczyzn. Jest to stan zapalny mięśnia sercowego . . . I nie wiemy jaki procent z komórek mięśnia sercowego obumiera w wyniku każdego z ataków myocarditis. Największym problemem w przypadku mięśnia*

sercowego i włókien mięśnia sercowego, jest to że one się nigdy nie regenerują . . . zatem zostajesz z tym niewiadomym procentem obumarłych mięśni . . . Jako że nie potrafimy ocenić stopnia uszkodzenia, to długoterminowe skutki są nieprzewidywalne. . . . Nie wiemy czy odezwie się to dziesięć lat później przedwczesnym zawałem serca, które w innym przypadku nie powinno mieć miejsca. Zatem jest to strasznie niepokojące, ta wiedza, że to może się wydarzyć w przyszłości. … Nie jest to sprawa błaha."

Wykrycie mikrozakrzepów u żyjącej osoby nie jest sprawą łatwą: nie można tego stwierdzić poprzez badania MRI czy rutynowe badania krwi. Zaszczepiona osoba cierpiąca na jakieś dolegliwości, np. na wielomiesięczne osłabienie, idzie więc do swojego lekarza rodzinnego, potem do specjalisty, robi serię badań, które często nie wykazują wielkich odchyleń. Gdy kiedyś wylosowała pozytywny test „na Covid", ma wytłumaczenie: tak, to jest „long Covid", na co uzyskuje potwierdzenie od lekarza. Dalej brnie w samozaprzeczanie, w kowidową narrację.

Jedynym sposobem na potwierdzenie podejrzeń jest zbadanie stężenia D-dimeru (fragmenty fibryny), mogącej wskazywać na choroby zakrzepowo-zatorowe. Takie badania sugeruje m.in. kanadyjski lekarz, dr Charles Hoffe, który opublikował dane ze swojej klinicznej praktyki pokazujące zjawiska, z którymi dotychczas nie miał nigdy do czynienia: z ogromną skalą pacjentów z wysokim wskaźnikiem D-dimer. Aż 62% jego pacjentów (zaszczepionych) miało podwyższone stężenie, wskazując na możliwość mikrozakrzepów. Dr Hoffe ostrzega, że zaprogramowanie organizmu – poprzez wstrzyknięte preparaty – na nieustanne produkowanie toksycznego kolca biała, skończy się tragicznie. *„Zabije to większość ludzi właśnie poprzez uszkodzenie serca."* – jednoznacznie stwierdza dr Hoffe.

Balsamiści alarmują

Obserwacje kliniczne lekarzy potwierdzane są już pośmiertnie.

Najbardziej wyraziste, dobitne i przerażające przykłady dostarczają ostatnio domy pogrzebowe, ich specjalistyczni pracownicy zajmujący się przygotowywaniem zwłok (balsamiści , ang. *embalmer*), oraz tzw. koronerzy i lekarze patolodzy. Jeden z takich specjalistów, Richard Hirschman, który prowadzi również od kilkudziesięciu lat dom pogrzebowy, ujawnił, że obserwuje zjawisko nieznane jemu w całej swojej praktyce: od stycznia 2021 roku – czyli dokładnie od rozpoczęcia wyszczepiania społeczeństwa amerykańskiego – widzi on u 40 do 80% zmarłych-zaszczepionych ogromne zakrzepy.

Balsamista Richard Hirschman pokazuje zdjęcia nieznanych wcześniej w takiej skali zakrzepów

Inna specjalistka, Anna Foster z 11-letnią praktyką balsamistyczną, w wywiadzie ze Stevem Kirsch ujawniła, że w 93% jej ostatnich przypadków to osoby z niewidzianymi dotychczas rozległymi zatorami. Specyficzne i dosyć hermetyczne środowisko balsamistów wymienia się między sobą informacjami i z całych Stanów Zjednoczonych dochodzą podobne obserwacje.

https://rumble.com/vuqk1w-explosive-embalmer-reveals-93-of-cases-have-deadly-clots-caused-by-the-vax.html

Media, CDC, „eksperci" – wszyscy ignorują rzeczywistość, jednak z ich działań rzekomo łagodzących dotychczasowe restrykcje można dostrzec przerażenie: zastanawiają się co zrobić aby zatuszować swoje zbrodnie, co zrobić aby ludzie nie poznali prawdy, jak zmienić scenariusz aby kontynuować zamordyzm nie zwracając przy tym uwagi większości. Co więcej: aby ludzie dalej sami potulnie i z radością prowadzili się do samozniszczenia, jak w przypadku akcji wyszczepiania, ze szczęśliwymi zdjęciami zaszczepionych na facebookach.

Co jeszcze wymyślą manipulatorzy, można się domyślać, lecz chyba ich inwencja przekracza naszą wyobraźnię, wszak za nauczyciela mają bardzo inteligentnego lucyferycznego doradcę.

Propaganda CDC: Zakrzepy to normalka

CDC wymyśliło więc sposób: należy stworzyć wrażenie, że zawały serca u zdrowych ludzi, a szczególnie młodzieży to zjawisko normalne, coś co wydarzało się zawsze i wszędzie, czego byliśmy świadkami niemal codziennie, grając w berka na podwórku, skacząc na skakance czy nudząc się na lekcjach plastyki. Było tak powszechne, że nawet tego nie dostrzegaliśmy. CDC chce abyśmy uwierzyli, że spotęgowana dzisiaj ilość zawałów serca, zakrzepów, udarów, to tylko nasza wyobraźnia, wzmożona czujność i oczywiście nieprzyzwoitość nieprzyjaznego środowiska „antyszczepów", które wynajduje jednostkowe przypadki nagłaśniając je.

Podczas narodowego „święta" Super Bowl futbolu amerykańskiego, CDC wypuściło więc reklamę pod tytułem **„Każdy, w każdym wieku może w każdej chwili mieć zator serca"**. W ramach „prewencji" namnożyły się strony intrnetowe „edukujące" o zakrzepach serca, a „zapobieganie" według CDC polega na: 1) Skontaktuj się z lekarzem gdy zauważysz jakieś symptomy, jak opuchnięcia, ból czy zaczerwienienie skóry; 2) Zapytaj się lekarza o ryzyko zakrzepów; 3) Wstań i ruszaj się co 3-4 godziny.

CDC, kryminalna jednostka odpowiedzialna za uśmiercanie ludzi poprzez promowanie przez kilkadziesiąt lat chorobotwórczych lekarstw oraz śmiercinośnych preparatów zwanych szczepionkami, w tym tych najnowszych powodujących właśnie zakrzepy, staje się zatem również producentem spektaklów komicznych.

> *It's game day! Whether you're an #athlete, #coach, or a #fan, don't let a blood clot ruin game day. Jump, cheer, and stretch between plays, and learn more about preventing blood clots for yourself, your team, and your friends and family.*

#SuperBowl https://t.co/H4Ou0xBFSJ pic.twitter.com/Fr75qmjQBX

— CDC (@CDCgov) February 2, 2020

https://www.cdc.gov/ncbddd/dvt/video/stop-the-clot-PSA/Stop-the-clot-PSA-60-lo.mp4?_=1

Przygotujmy się zatem na zmasowaną kampanią „uświadamiającą”, że potężny wzrost chorób, szczególnie chorób serca, jak zakrzepy czy zawały, to normalka, to coś więcej niż powszechnego. Nastąpił wzrost? Oczywiście, już trudno zaprzeczyć temu czy fakt ukryć, lecz jako przyczynę wskaże się wszystko, z wyjątkiem tej najważniejszej.

Źródło: Bibuła.com