

Załącznik nr 1 – uzupełnienie wniosku.

Przedmiotowe omawiane scenariusze dla nauczycieli i materiały edukacyjne znajdują się pod poniższymi linkami:

<https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/szczepienia-dzieci-powyzej-5-roku-zycia--scenariusze-zajec-dla-nauczycieli-wychowania-przedszkolnego2>

<https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/szczepienia-uczniow-od-12-roku-zycia--materiały-informacyjne>

W jednym ze scenariuszy dla dzieci w wieku 5–6 lat pt. „Poznajemy wirusa i zostajemy bohaterem w walce z nim” czytamy:

„Pewnego dnia wirus postanowił wejść dziecku na rączki (rys. 4). Taki chłopiec lub dziewczynka, wracając do domu, przytulili się na powitanie z mamą i wyściskiwali z ukochaną babcią (rys. 5). Wirus bardzo się ucieszył, powiększył i zaraził babcię i mamę, a potem kolejne osoby (rys.6). W ten sposób rozpoczęła się pandemia. Była to wygrana dla COVIDA. Kiedy powrócił do innych wirusów, został nagrodzony koroną i przez to został nazwany – koronawirusem (rys. 1). Coraz więcej ludzi było chorych. Zamknięto przedszkola, a dzieci zostały w domach (rys. 7). Nie mogły się spotykać ani razem bawić na placu zabaw.

Natomiast, aby pokonać wirusa, ludzie ostatecznie uznali, że trzeba dzielnie pójść na szczepienie i w ten sposób zostać bohaterem”¹

Uważamy, że po takich zajęciach dziecko będzie czuło się winne i dezorientowane oraz wystraszone. Będzie myślało, że wirus mieszka w przedszkolu i pandemię będzie kojarzyć właśnie z tym miejscem. Tworzenie takiej definicji bohatera jest również nieetyczne.

W scenariuszach zabrakło treści prozdrowotnych o budowaniu odporności, o zdrowym trybie życia, o ruchu na świeżym powietrzu, odżywianiu. Wiemy, że strach nie sprzyja budowaniu odporności, działa wręcz odwrotnie.

Kolejną kwestią jest to, że taką edukacją prowadzi się do podziałów i segregacji. Przypominamy, że zaleceniem i rekomendacją MEiN była troska o „**kondycję psychiczną uczniów i budowanie dobrych relacji**”. Tym bardziej, raporty pokontrolne Najwyższej Izby Kontroli dobitnie pokazały, w jak słabej kondycji psychofizycznej są dzieci i młodzież.

W innym scenariuszu: „Szczepienia – tajna broń superbohaterów” również czytamy, że:

Szczepienia jako jedyna metoda powrotu do normalności – nauczyciel zapoznaje uczniów z dobroczynnym działaniem szczepień ochronnych, wykorzystując zaproponowane materiały merytoryczne (Szczepienia – profilaktyka chorób zakaźnych. Materiały edukacyjne)

Osoby niezaszczepione narażają siebie na ryzyko zachorowania oraz stanowią źródło zachorowań i rozwoju kolejnych fal pandemii. Należy wykorzystać szansę ochrony, jaką daje szczepienie, gdyż jest ono jedyną drogą do zahamowania pandemii koronawirusa. Osoby zgłaszające się na szczepienie przyczyniają się do wygaśnięcia pandemii i powrotu do normalności. Możemy nazwać ich współczesnymi bohaterami, gdyż kierują się troską o zdrowie i życie – nie tylko swoje, ale także swoich bliskich, często ludzi słabszych, starszych, schorowanych, którzy ze względu na stan zdrowia nie mogą przyjąć szczepienia i stają się bezbronni w obliczu choroby.

- Jak czuliście się w czasie lockdownu? (Nauczyciel upewnia się uprzednio, czy słowo jest znane uczniom.) - Czy chcielibyście, aby świat „wrócił do normalności”? - Czy myślicie, że możliwy jest

¹ <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/szczepienia-dzieci-powyzej-5-roku-zycia--scenariusze-zajec-dla-nauczycieli-wychowania-przedszkolnego2> [dostęp: 17.12.2021].

**„powrót do normalności”? - Kiedy waszym zdaniem będzie możliwy „powrót do normalności”?
-Jakie warunki muszą być spełnione, aby pandemia zakończyła się? - Czy mamy wpływ na to, jak szybko epidemia wygaśnie? - Co każdy z nas może zrobić, aby nie zachorować oraz chronić innych przed zachorowaniem? - Dlaczego szczepionki nazywamy „tajną bronią” w walce z chorobami?
- Czy osoby szczepiące się w czasie pandemii możemy nazwać bohaterami?²**

Tutaj zadaje się również tendencyjne pytania a kiedy rozmawia się o walce z wirusem, to propaguje się tylko jeden sposób uniknięcia choroby (czyli poprzez zaszczepienie).

Ze scenariuszy wynika, że zagrożeniem są tylko niezaszczepione dzieci. Wiemy, że to nieprawda i najnowsze oficjalne badania temu przeczą.

W ulotce produktu szczepionkowego dla pacjenta (dziecka) można przeczytać na stronie 112:

„Data ostatniej aktualizacji ulotki:

Ten lek został warunkowo dopuszczony do obrotu. Oznacza to, że oczekuje się na więcej danych dotyczących leku. Europejska Agencja Leków dokona co najmniej raz w roku przeglądu nowych informacji o leku i w razie konieczności treść tej ulotki zostanie zaktualizowana³.

Dodatkowo czytamy na str. 107 ulotki:

„Tak jak w przypadku każdej innej szczepionki, szczepionka Comirnaty może nie zapewniać pełnej ochrony wszystkim osobom, które ją otrzymały oraz nie wiadomo jak długo ochrona ta będzie się utrzymywać⁴”

[Comirnaty, INN-COVID-19 mRNA Vaccine \(nucleoside-modified\) \(europa.eu\)](https://www.europa.eu/comirnaty) Również czytamy na w/w stronie:

W celu potwierdzenia skuteczności i bezpieczeństwa stosowania produktu leczniczego Comirnaty, podmiot odpowiedzialny powinien przedłożyć raport końcowy z badania klinicznego dla randomizowanego, z grupą kontrolną otrzymującą placebo, prowadzonego metodą ślepej próby wobec obserwatora badania C4591001.	Grudzień 2023 r.
--	------------------

67

W celu potwierdzenia skuteczności i bezpieczeństwa stosowania produktu leczniczego Comirnaty, podmiot odpowiedzialny powinien przedłożyć raport końcowy z badania klinicznego dla randomizowanego, z grupą kontrolną otrzymującą placebo, prowadzonego metodą ślepej próby wobec obserwatora badania C4591007.	Lipiec 2024 r.
--	----------------

Odnosząc się do materiałów edukacyjnych-merytorycznych: w punkcie VIII na str. 21 - Szczepienia przeciw COVID-19 czytamy, że:

„Obecnie – po podaniu ponad czterech miliardów dawek różnych szczepionek przeciw COVID-19 - wiadomo, że należą one do preparatów, co do których zgromadzono ogromną, nieporównywalną w odniesieniu do innych szczepionek, wiedzę na temat ich bezpieczeństwa, skuteczności i efektywności działania. Obserwowane po podaniu niektórych szczepionek stosowanych w UE ciężkie działania niepożądane, w postaci nietypowych zdarzeń zakrzepowozatorowych czy zapalenia mięśnia sercowego lub osierdzia, są niestety rzadkie i w opiniach

² <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/szczepienia-uczniow-od-12-roku-zycia--materialy-informacyjne> [dostęp: 26.08.2021]

³ [Comirnaty, INN-COVID-19 mRNA Vaccine \(nucleoside-modified\) \(europa.eu\)](https://www.europa.eu/comirnaty) [aktualizacja 3.03.2022]

⁴ [Comirnaty, INN-COVID-19 mRNA Vaccine \(nucleoside-modified\) \(europa.eu\)](https://www.europa.eu/comirnaty) [aktualizacja 3.03.2022]

niezależnych ekspertów z WHO czy Europejskiej Agencji Leków nie zmieniają korzystnego bilansu korzyści i ryzyka szczepionek”⁵.

Preparaty Pfizer są nadal w III fazie badań klinicznych (koniec badań klinicznych 2023 r), są dopuszczone warunkowo (EMA wydała tzw. Marketing authorization na 1 rok – przedłużoną w listopadzie 2021 na kolejny rok) zobowiązując producentów do przeprowadzenia szeregu badań w ramach Risk Management Plan (Plan Zarządzania Ryzykiem).

Najbardziej kontrowersyjne zapisy dotyczące bezpieczeństwa, które wynikają z lektury planu (https://www.ema.europa.eu/en/documents/rmp-summary/comirnaty-epar-risk-management-plan_en.pdf) to te dotyczące ryzyka lub braku wiedzy o bezpieczeństwie:

Zagrożenia uznane przez Pfizer za istotne do umieszczenia na liście zagrożeń bezpieczeństwa w Risk Management Plan oraz te, o których brak jest jeszcze informacji to:

- anafilaksja, zapalenie mięśnia sercowego i osierdzia, które są poważnymi schorzeniami, które mogą występować jednocześnie i których znaczenie kliniczne może wahać się od łagodnego do zagrażającego życiu,
- wzmożona choroba układu oddechowego związana z szczepionką,
- stosowanie w ciąży i okresie karmienia piersią,
- interakcje z innymi szczepionkami,
- stosowanie u pacjentów z obniżoną odpornością,
- stosowanie u pacjentów z chorobami współistniejącymi (np. przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, cukrzycą, przewlekłą chorobą neurologiczną, chorobami układu krążenia.
- stosowanie u pacjentów z zaburzeniami autoimmunologicznymi lub zapalnymi,

Długoterminowe dane dotyczące bezpieczeństwa – str. 99-100

Jaką wiedzę o bezpieczeństwie posiadamy skoro Pfizer w raporcie w listopadzie 2021 proponuje przeprowadzenie 16 badań, z których 4 mają charakter globalny, 5 tylko w Europie, 5 tylko w USA, 1 w USA i Kanadzie oraz 1 w Nowej Zelandii, tylko w USA, 1 w USA i Kanadzie oraz 1 w Nowej Zelandii (6 badań interwencyjnych, 1 badanie dotyczące interakcji szczepionek, 2 badania o niskim stopniu interwencji oraz 8 badań nieinterwencyjnych (7 dotyczących bezpieczeństwa i 1 dotyczące skuteczności)? – str. 118, 122-139⁶

W większości termin zakończenia to lata 2023-2025. Np. globalne badanie dotyczące bezpieczeństwa i skuteczności szczepień u zdrowych dzieci kończy się 31 lipca 2024, a badanie dotyczące zapalenia mięśnia sercowego u osób poniżej 21 lat w USA i Kanadzie kończy się 31.10.2025.

Producent określając obawy dotyczące bezpieczeństwa (tabela 58 – str. 111)⁷ podaje wśród ryzyka zidentyfikowanych zapalenie mięśnia i osierdzia sercowego i jednocześnie przyznaje, że brak mu informacji o bezpieczeństwie szczepień kobiet ciężarnych i karmiących, interakcji z innymi szczepionkami, oraz danych dotyczących bezpieczeństwa długoterminowego.

Zapalenie mięśnia sercowego jest zdefiniowane jako ryzyko i opisane w dokumencie - w Wielkiej Brytanii do 18 czerwca 2021 zgłoszono 490 przypadków zapalenia mięśnia sercowego i 371 osierdzia - większość poważnych (w tym 17 zgonów) – tabela 50 str. 102-106.

⁵ <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/szczepienia-uczniow-od-12-roku-zycia--materialy-informacyjne> [dostęp: 26.08.2021]

⁶ https://www.ema.europa.eu/en/documents/rmp-summary/comirnaty-epar-risk-management-plan_en.pdf

⁷ https://www.ema.europa.eu/en/documents/rmp-summary/comirnaty-epar-risk-management-plan_en.pdf

Na stronie ulotki dla pacjenta [Comirnaty, INN-COVID-19 mRNA Vaccine \(nucleoside-modified\) \(europa.eu\)](#) czytamy (str.107)

„Po podaniu szczepionki Comirnaty istnieje zwiększone ryzyko zapalenia mięśnia sercowego oraz zapalenia osierdzia (zapalenie błony wokół serca) (patrz punkt 4). Te stany chorobowe mogą rozwinąć się w ciągu kilku dni po szczepieniu i występowały głównie w ciągu 14 dni. Obserwowano je częściej po drugim szczepieniu i częściej u młodszych osób płci męskiej. Po szczepieniu należy wracać uwagę na objawy zapalenia mięśnia sercowego i zapalenia osierdzia, takie jak duszność, kołatanie serca i ból w klatce piersiowej, a w razie ich wystąpienia natychmiast zwrócić się o pomoc medyczną”⁸.

Tymczasem możemy także wyczytać w materiałach dla nauczycieli na tej samej stronie (str. 21), że:

„W Polsce liczba osób nieuodpornionych, czyli takich, które ani nie chorowały na COVID-19, ani nie zostały zaszczepione, jest wciąż znacząca. To im właśnie grozi teraz zachorowanie oraz wśród nich mogą wystąpić zgony. Te osoby stanowią będą źródło zachorowań podczas kolejnych fali pandemii”⁹.

Co nie jest prawdą, bo pojawiło się podsumowanie wyników III tury ogólnopolskiego badania seroepidemiologicznego COVID-19 OBCER-CO. Co z niego wynika?

"Oszacowano, że 78,1% mieszkańców Polski w wieku 20 lat lub starszych posiadało przeciwciała anty-SARS-CoV-2 w okresie realizacji III tury badania (po wcześniejszym przeważeniu próby pozwalającym na osiągnięcie rozkładów odpowiadających populacji):”¹⁰

Autorzy twierdzą, że odsetek pozytywnych wyników badania przeciwciał zależy od stanu zaszczepienia przeciwko COVID-19: obecność przeciwciał (wynik pozytywny) stwierdzono u 99,3,4% osób, które deklarowały zaszczepienie przeciwko COVID-19 trzema dawkami i u 95,1% osób zaszczepionych dwoma dawkami. Wśród niezaszczepionych wynik pozytywny stwierdzono u 45,7% osób.

Rodzą się następujące pytania:

- Czy Polska osiągnęła stan odporności stadnej (78,1% populacji)?
- Jak wyjaśnić fakt, że przy 60% poziomie wyszczepienia Polaków (a do 95% z nich posiada odporność zgodnie z wynikami raportu) - **aż 61% osób zakażonych COVID-19 w okresie 1-21 lutego 2022 do osoby zaszczepione?**

Na stronie (107) ulotki dla pacjenta czytamy:

„Tak jak w przypadku każdej innej szczepionki, szczepionka Comirnaty może nie zapewniać pełnej ochrony wszystkim osobom, które ją otrzymały oraz nie wiadomo jak długo ochrona ta będzie się utrzymywać”¹¹.

⁸ [Comirnaty, INN-COVID-19 mRNA Vaccine \(nucleoside-modified\) \(europa.eu\)](#) [aktualizacja 3.03.2022]

⁹ <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/szczepienia-uczniow-od-12-roku-zycia--materialy-informacyjne> [dostęp: 26.08.2021]

¹⁰ Do pobrania na stronie <https://pzh.gov.pl/projekty-i-programy/obserco/raporty/>

¹¹ Por.: [Comirnaty, INN-COVID-19 mRNA Vaccine \(nucleoside-modified\) \(europa.eu\)](#) [aktualizacja 3.03.2022]

W punkcie X, na stronie 24 - w materiałach dla nauczycieli: „Korzyści ze szczepień przeciw COVID-19 dla młodzieży” możemy przeczytać, że:

„Jeżeli szczepionka jest dostępna na rynku, to znaczy, że korzyści z jej podawania przeważają nad ryzykiem. Czuwa nad tym Europejska Agencja Leków oraz jej odpowiedniki w poszczególnych krajach (w Polsce taką funkcję pełni Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych).”¹²

Jak wynika z przytoczonego Planu Zarządzania Ryzykiem – **to jest nieprawda** – potrzeba wielu lat badań, żeby można cokolwiek powiedzieć o bezpieczeństwie – w trakcie roku ulotka dotycząca produktu rozrosła się z 38 do 108 stron, właśnie dlatego, że szczepionki są w fazie testowania – **III faza badań klinicznych kończy się w 2023 roku!**

25 stycznia 2022 JAMA w opublikowano badanie dotyczące tego, jakie jest ryzyko wystąpienia zapalenia mięśnia sercowego po szczepionce COVID-19 opartej na mRNA.

W USA w którym analizowano przypadki zapalenia mięśnia sercowego zgłoszone po szczepieniu COVID-19 opartym w okresie od grudnia 2020 r. do sierpnia 2021r.¹³

Z badań wynika, że dwie dawki szczepionki zwiększały ryzyko (u mężczyzn)

- 133 razy zwiększone ryzyko zapalenia mięśnia sercowego dla osób w wieku 12-15 lat
- 79 razy dla osób w wieku 16-17 lat
- 30 razy dla osób w wieku 18-24 lat
- 12 razy dla osób w wieku 25-29 lat
- 11 razy dla osób w wieku 30-39 lat
- 4 razy dla osób w wieku 40-49 lat

Z kolei czytamy na stronie 25 - w materiałach dla nauczycieli:

„W krajach, w których obserwuje się narastanie kolejnej fali zakażeń wirusem SARS-CoV-2, dzieci i młodzież stanowią grupę cechującą się największym wzrostem liczby zakażeń”¹⁴.

Co mówią dane statystyczne? Według danych BASiW w całym 2021 roku zmarło na COVID-19 37 dzieci w wieku 0-18 lat (średni wiek 9 lat) z czego 25 miało choroby współistniejące – co stanowi 0,006% wśród ogółu zakażonych dzieci (CFR).

Na podstawie danych z USA i Izraela szacuje się, że tylko 5-10% dzieci zapada na COVID-19 (www.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/children-and-covid-19-state-level-data-report, <https://doctorsonly.co.il/2021/04/225844>), a populacja pediatryczna (<18 r.ż.) stanowi tylko 1,7-2% wszystkich diagnozowanych przypadków (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0031395520301073>).

W tej grupie wiekowej zdecydowana większość (76-93%) przypadków COVID-19 jest:

- bezobjawowa (ostatnie doniesienia wskazują na ok 47% potwierdzonych infekcji bezobjawowych - <https://www.pnas.org/content/118/34/e2109229118>) lub
- łagodna (<https://www.nature.com/articles/s41598-021-92500-9>, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jmv.26853>,

¹² Por.: [Comirnaty, INN-COVID-19 mRNA Vaccine \(nucleoside-modified\) \(europa.eu\)](http://www.europa.eu) [aktualizacja 3.03.2022]

¹³ <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2788346>

¹⁴ <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/szczepienia-uczniow-od-12-roku-zycia--materiały-informacyjne> [dostęp: 26.08.2021]

<https://www.nature.com/articles/s41598-021-85340-0>) tylko 0,1%-1,9% z dodatnim wynikiem testu podlega hospitalizacji.

Co więcej, wśród dzieci z dodatnim wynikiem testu na obecność SARS-CoV-2 przyjętych do szpitala nawet większość może mieć łagodny przebieg choroby (<https://academic.oup.com/jpids/advance-article/doi/10.1093/jpids/piab035/6299653>) lub powód hospitalizacji inny niż COVID-19 (<https://hosppeds.aappublications.org/content/hosppeds/early/2021/05/18/hped.2021-006001.full.pdf>, <https://hosppeds.aappublications.org/content/hosppeds/early/2021/05/18/hped.2021-005919.full.pdf>). Dzieci i młodzież pozostają w grupie niskiego ryzyka zgonu związanego z COVID-19 (0,17 / 100 000 populacji), a wskaźnik śmiertelności wśród osób zakażonych (infection fatality rate) jest bliski zera - [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(21\)00066-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(21)00066-3/fulltext), <https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-020-00698-1>

Na stronie 25 w materiałach-pomocach dla nauczycieli czytamy:

„Wiadomo także, że na wystąpienie rzadkiego powikłania – wieloukładowego zespołu zapalnego związanego z COVID-19 (PIMS lub inaczej MIS-C) – narażone są dzieci ogólnie zdrowe, a zespół ten wiąże się z ryzykiem niewydolności serca, rozwoju wstrząsu i koniecznością hospitalizacji.”¹⁵

Tymczasem na stronie <https://pimsudzieci.pl/pims-w-polsce> można przeczytać, że na podstawie dobrowolnego rejestru MOIS-CoR na dzień 19 stycznia 2022 odnotowano 507 dzieci spełniające definicję przypadku PiMS – czyli 0,086% zakażonych (licząc od stycznia 2021 – 586 826).

Kolejne twierdzenie na stronie 25 w materiałach nauczycieli:

„Trzeba także pamiętać, że dzieci i młodzież odgrywają istotną rolę w transmisji zakażenia SARS-CoV-2.”¹⁶

Nie ma dowodów naukowych na poparcie tej tezy – wręcz przeciwnie:

- Norwegia - osoby poniżej 14 roku życia nie są motorami transmisji SARS-CoV-2 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33413743/>).
- Wielka Brytania - zakażenia i ogniska epidemii SARS-CoV-2 były rzadkie w placówkach edukacyjnych, a głównym źródłem infekcji był personel (dorośli), a nie studenci (dzieci) [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30882-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30882-3/fulltext) .
- Australia, w stanie Nowa Południowa Walia, dzieci i nauczyciele nie przyczynili się znacząco do przenoszenia COVID-19 poprzez uczęszczanie do placówek edukacyjnych - <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32758454/>.
- Irlandia raportowano niską transmisję COVID-19 w szkołach w pierwszym półroczu roku akademickiego 2020/2021, a autorzy badania zasugerowali, aby szkoły były otwarte podczas pandemii - <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033350621001347>.

¹⁵ <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/szczepienia-uczniow-od-12-roku-zycia--materiały-informacyjne> [dostęp: 26.08.2021]

¹⁶ <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/szczepienia-uczniow-od-12-roku-zycia--materiały-informacyjne> [dostęp: 26.08.2021]

- Północna Karolina - w ciągu 9 tygodni nauczania w szkołach stwierdzono bardzo ograniczoną transmisję SARS-CoV-2 na podstawie śledzenia kontaktów; nie zgłoszono żadnych przypadków przeniesienia wirusa z dzieci na dorosłych - <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2021/01/06/peds.2020-048090.full.pdf>.
- stan Wisconsin - wśród 17 wiejskich szkół na 191 przypadków COVID-19 zidentyfikowanych u uczniów i pracowników tylko siedem (3,7%) było związanych z rozprzestrzenieniem się w szkole <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7004e3.htm>.
- Hiszpania - stwierdzono, że udział dzieci jako głównego motoru pandemii, w tym powodowania ognisk COVID-19 w gospodarstwach domowych, jest mało prawdopodobny, nawet jeśli chodzą do szkoły - <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33709135/>. Co więcej, autorzy wnioskuje, że środki zapobiegawcze skierowane do dzieci będą miały niewielki wpływ na ograniczenie przenoszenia SARS-CoV-2.

Na niewielki udział dzieci w rozprzestrzenianiu wirusa SARS-CoV-2 zwracają uwagę również autorzy prac poglądowych:

<https://pediatrics.aappublications.org/content/146/2/e2020004879>,
<https://www.nature.com/articles/s41598-021-92500-9>.

Na stronie 26 - w materiałach metodycznych dla nauczycieli czytamy:

„Szczepienia nastolatków przyczynią się do wytworzenia odporności populacyjnej (zgodnie z danymi GUS w Polsce osoby do 17. roku życia włącznie stanowią około 7 mln osób, tj. ponad 18% całej populacji). Dzięki temu, że ograniczą transmisję wirusa, zmniejszą również ryzyko powstawania nowych wariantów wirusa SARS-CoV-2.”¹⁷

Nie ma żadnych dowodów na to, że szczepienia zmniejszają transmisję wirusa – wręcz przeciwnie, kraje o wysokim stopniu wyszczepienia notują rekordy zarażeń (Portugalia, Szkocja, Anglia) i zgonów (Izrael) – dane dostępna na <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

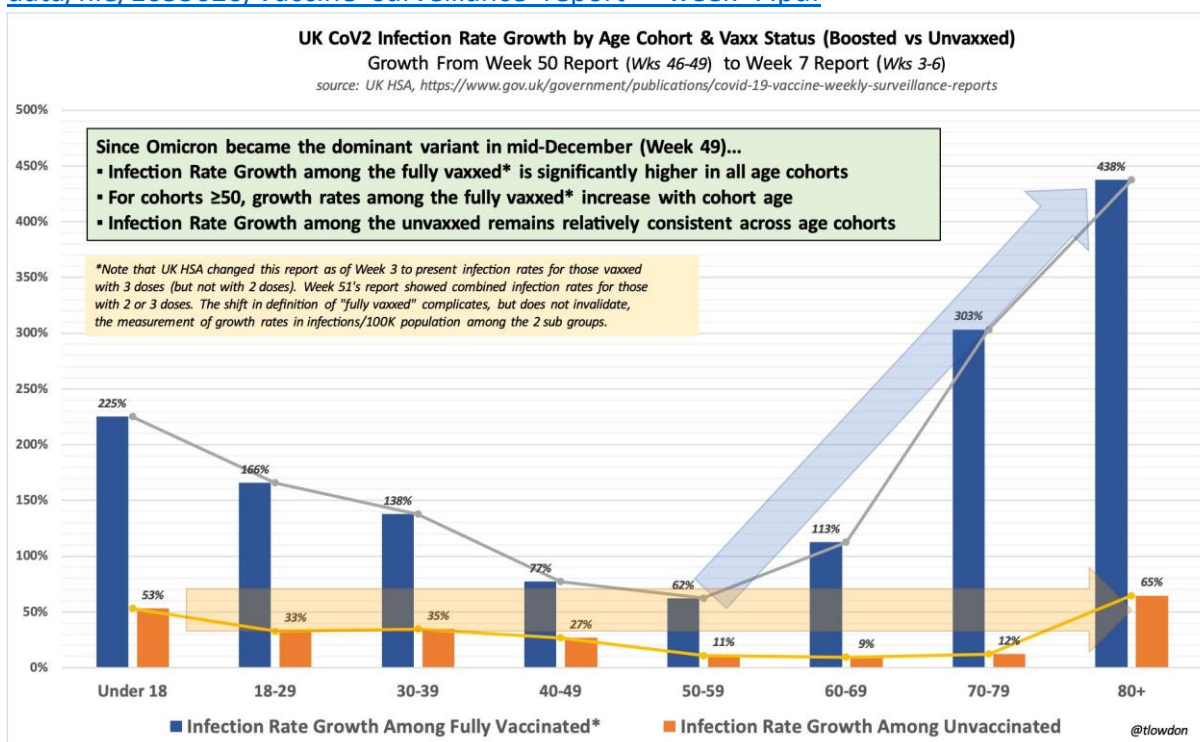
Praca dziewięciu autorów z CDC opublikowana w JAMA w styczniu 2022 roku „Związek między 3 dawkami mRNA szczepionki COVID-19 a objawowym zakażeniem wywołanym przez warianty Omicron i Delta wirusa SARS-CoV-2” <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2788485> wydaje się sugerować, że szczepionki wykazują ujemną skuteczność w przypadku wariantu Omikron w siódmym miesiącu po szczepieniu.

¹⁷ <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/szczepienia-uczniow-od-12-roku-zycia--materialy-informacyjne> [dostęp: 26.08.2021]

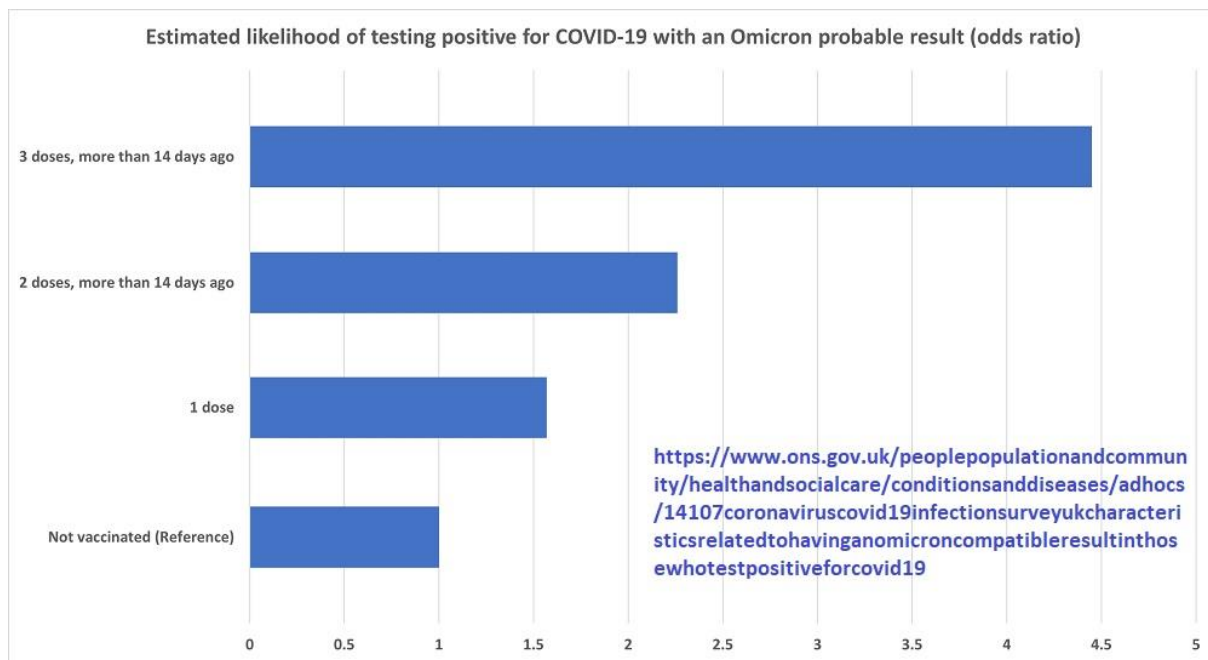
Table 1. Characteristics of SARS-CoV-2 Tests Included in a Case-Control Analysis of Association Between Symptomatic SARS-CoV-2 Infection Caused by the Omicron or Delta Variants and mRNA COVID-19 Vaccination, by Case-Control and Vaccination Status, Increasing Community Access to Testing Platform, December 10, 2021, to January 1, 2022

Characteristic	No. (%)		Controls (SARS-CoV-2-negative) (n = 46 764)	Unvaccinated (n = 17 177)	Doses of mRNA COVID-19 vaccine		Overall (N = 70 155)
	Cases	Delta (n = 10 293)			2 (n = 31 271) ^a	3 (n = 21 707) ^b	
SARS-CoV-2 test result ^c							
Omicron variant-positive	13 098 (100)	0	0	3412 (19.9)	7245 (23.2)	2441 (11.2)	13 098 (18.7)
Delta variant-positive	0	10 293 (100)	0	5044 (29.4)	4570 (14.6)	679 (3.1)	10 293 (14.7)
SARS-CoV-2-negative	0	0	46 764 (100)	8721 (50.8)	19 456 (62.2)	18 587 (85.6)	46 764 (66.7)
Vaccination history ^d							
Unvaccinated	3412 (26.0)	5044 (49.0)	8721 (18.6)	17 177 (100)	0	0	17 177 (24.5)
2 Doses	7245 (55.3)	4570 (44.4)	19 456 (41.6)	0	31 271 (100)	0	31 271 (44.6)
3 Doses	2441 (18.6)	679 (6.6)	18 587 (39.7)	0	0	21 707 (100)	21 707 (30.9)

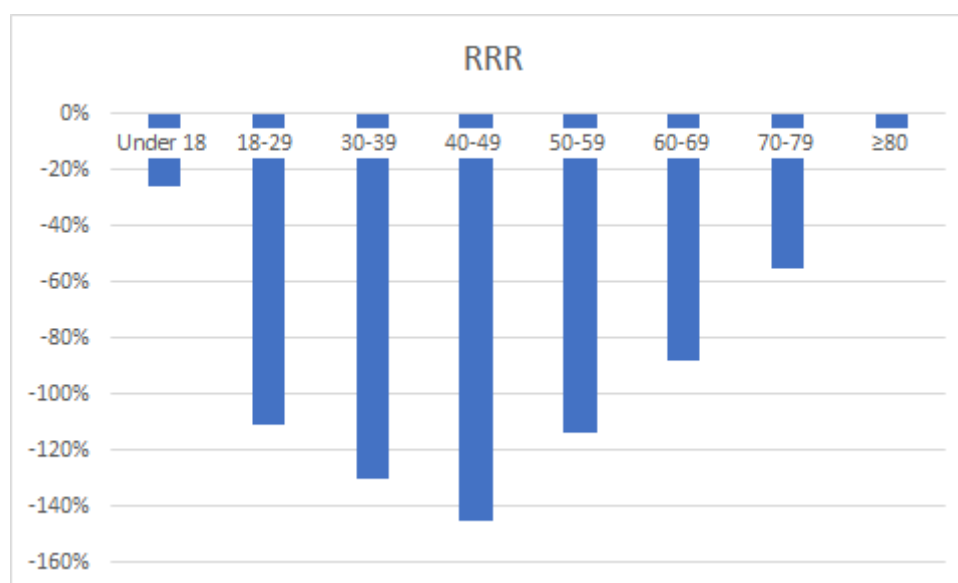
Dane publikowane przez brytyjską Agencję Bezpieczeństwa Zdrowotnego: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1046431/Vaccine-surveillance-report-week-2-2022.pdf, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1055620/Vaccine_surveillance_report_-_week_7.pdf



Według wstępnych danych opublikowanych przez ONS (Office for National Statistics - <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/adhocs/14107coronaviruscovid19infectionsurveyukcharacteristicsrelatedtohavinganomicroncompatibleresultinthosewhotestpositiveforcovid19>), prawdopodobieństwo pozytywnego wyniku testu na infekcję Omikronem jest 4,5 razy większe u osób potrójnie zaszczepionych niż u osób nieszczepionych. Z kolei prawdopodobieństwo wystąpienia infekcji Omicron u osób podwójnie zaszczepionych jest 2,3 razy większe niż u osób nieszczepionych.



Z angielskich raportów wynika, że szczepionki nie tylko nie zapobiegają zakażeniom, ale wręcz zwiększają podatność na nie. Względne zmniejszenie ryzyka zakażenia wirusem (RRR - Relative Risk Reduction, które określone było na poziomie 95% przy szczepionkach Pfizer na początku szczepień) Covid-19 po szczepieniu w Anglii wykazuje, że szczepienie przeciwko Sars-Cov-2 **nie tylko nie zapobiega zakażeniom, ale zwiększa ryzyko ich wystąpienia**. Negatywną skuteczność wykazano we wszystkich grupach wiekowych. Oznacza to, że osoby zaszczepione są bardziej narażone na ryzyko zakażenia niż osoby nieszczepione. Na przykład w grupie wiekowej 40-49 lat ryzyko względne zakażenia jest o ponad 140% większe niż w tej samej grupie wiekowej, która nie była szczepiona.



Duńskie duże badanie „Skuteczność szczepionki przeciwko zakażeniom SARS-CoV-2 wariantami Omicron lub Delta po serii szczepień dwudawkowych lub przypominających BNT162b2 lub mRNA-1273: Duńskie badanie kohortowe”
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.20.21267966v3.full-text>

Table Estimated vaccine effectiveness for BNT162b2 and mRNA-1273 against infection with the SARS-CoV-2 Omicron and Delta variants during November 20 – December 12, 2021, Denmark.

Time since vaccine protection	Pfizer – BNT162b2				Moderna - mRNA-1273			
	Omicron		Delta		Omicron		Delta	
	Cases	VE, % (95% CI)	Cases	VE, % (95% CI)	Cases	VE, % (95% CI)	Cases	VE, % (95% CI)
1-30 days	14	55.2 (23.5; 73.7)	171	86.7 (84.6; 88.6)	4	36.7 (-69.9; 76.4)	29	88.2 (83.1; 91.8)
31-60 days	32	16.1 (-20.8; 41.7)	454	80.9 (79.0; 82.6)	8	30.0 (-41.3; 65.4)	116	81.5 (77.7; 84.6)
61-90 days	145	9.8 (-10.0; 26.1)	3,177	72.8 (71.7; 73.8)	48	4.2 (-30.8; 29.8)	1,037	72.2 (70.4; 74.0)
91-150 days	2,851	-76.5 (-95.3; -59.5)	34,947	53.8 (52.9; 54.6)	393	-39.3 (-61.6; -20.0)	3,459	65.0 (63.6; 66.3)
1-30 days after booster vaccination	29	54.6 (30.4; 70.4)	453	81.2 (79.2; 82.9)	-	-	5	82.8 (58.8; 92.9)

CI = confidence intervals; VE = vaccine effectiveness. VE estimates adjusted for 10-year age groups, sex and region (five geographical regions). Vaccine protection was assumed 14 days post 2nd dose. Insufficient data to estimate mRNA-1273 booster VE against Omicron.

Ujemny VE (Vaccine Effectiveness – skuteczność szczepionek) oznacza, że szczepionka pomaga wirusowi, a nie szczepionemu. W ciągu 60 dni ochrona jest bliska zeru, więc aby utrzymać ochronę, należy szczepić się co 30 dni?

Czy negatywny wynik VE po 90 dniach oznacza, że jest się uzależnionym na całe życie i że będziemy potrzebować coraz krótszych odstępów czasu między kolejnymi dawkami? Czy może się więc okazać, że po drugiej dawce będziesz otrzymywać comiesięczne dawki przypominające, po trzeciej - cotygodniowe, a po czwartej - być może codzienne, aby utrzymać "odporność"? (Badanie jest pre-printem - wnioski o ujemnej skuteczności były „weryfikowane” przez Reuters tu - <https://www.reuters.com/article/factcheck-immunesystem-covid19-vaccines/fact-check-danish-study-did-not-conclude-that-covid-19-vaccines-adversely-impact-immune-systems-or-that-covid-19-vaccines-are-completely-ineffective-against-the-omicron-variant-idUSL1N2TE17B>)

Dane ze Szkocji publikowane cotygodniowo, pokazują, że wśród zaszczepionych jest więcej przypadków zachorowań oraz zgonów. Tabele z Raportu z połowy lutego 2022: https://publichealthscotland.scot/media/11763/22-02-16-covid19-winter_publication_report.pdf

Table 13: PCR-confirmed COVID-19 age-standardised case rate per 100,000 individuals by vaccine status, seven-day rolling average from 15 January 2022 to 11 February 2022

Week	Unvaccinated			1 Dose*		
	No. tested positive by PCR	Population	Age-standardised case rate per 100,000 with 95% confidence intervals	No. tested positive by PCR	Population	Age-standardised case rate per 100,000 with 95% confidence intervals
15 January - 21 January 2022	5,320	976,941	439.48 (416.28 - 462.67)	1,962	318,871	481.31 (443.73 - 518.89)
22 January - 28 January 2022	4,956	970,309	381.51 (362.44 - 400.59)	1,664	302,843	422.99 (388.50 - 457.49)
29 January - 04 February 2022	4,757	962,727	393.55 (374.97 - 412.13)	1,444	275,689	383.99 (353.98 - 413.99)
05 February - 11 February 2022	3,834	956,449	340.79 (321.48 - 360.10)	1,152	262,647	343.90 (315.71 - 372.08)
Week	2 Doses*			Booster or 3 Doses		
	No. tested positive by PCR	Population	Age-standardised case rate per 100,000 with 95% confidence intervals	No. tested positive by PCR	Population	Age-standardised case rate per 100,000 with 95% confidence intervals
15 January - 21 January 2022	6,522	934,811	617.62 (596.83 - 638.40)	10,772	3,070,303	428.00 (401.48 - 454.51)
22 January - 28 January 2022	5,411	855,982	569.85 (548.82 - 590.87)	11,123	3,170,692	446.83 (415.17 - 478.49)
29 January - 04 February 2022	5,079	830,753	525.86 (505.59 - 546.13)	12,052	3,229,937	500.21 (474.93 - 525.49)
05 February - 11 February 2022	5,201	809,783	549.69 (529.08 - 570.31)	13,833	3,270,226	527.98 (508.76 - 547.21)

* 1 Dose and 2 Dose populations include individuals who have exceeded the recommended dose schedule and may be subject to vaccine waning. Data in this table should not be used as a measure of vaccine effectiveness due to unaccounted for biases and risk factors in different populations. For more information, please see the [interpretation of data and Vaccine effectiveness summary](#) sections above.

Vaccination status is determined as at the date of PCR specimen date according to the definitions described in Appendix 6. The data displayed within the greyed-out section are considered preliminary and are subject to change as more data is updated. Age-standardised case rates are per 100,000 people per week, standardised to the 2013 European Standard Population (see Appendix 6).

Table 14: Age-standardised rate of acute hospital admissions where an individual had a COVID-19 positive PCR test up to 14 days prior, on admission, or during their stay in hospital, by week and vaccination status, 15 January 2022 to 11 February 2022

Week	Unvaccinated			1 Dose*		
	No. hospitalised	Population	Age-standardised hospitalisation rate per 100,000 (95% confidence intervals)	No. hospitalised	Population	Age-standardised hospitalisation rate per 100,000 (95% confidence intervals)
15 January - 21 January 2022	114	794,442	31.50 (20.99 - 42.00)	45	230,407	39.87 (22.86 - 56.88)
22 January - 28 January 2022	99	790,408	30.16 (18.90 - 41.43)	30	221,664	29.04 (14.32 - 43.76)
29 January - 04 February 2022	93	785,164	32.15 (20.64 - 43.65)	25	211,760	17.88 (8.04 - 27.71)
05 February - 11 February 2022	64	780,982	15.10 (7.88 - 22.31)	15	207,261	10.90 (3.05 - 18.76)
Week	2 Doses*			Booster or 3 Doses		
	No. hospitalised	Population	Age-standardised hospitalisation rate per 100,000 (95% confidence intervals)	No. hospitalised	Population	Age-standardised hospitalisation rate per 100,000 (95% confidence intervals)
15 January - 21 January 2022	151	917,126	37.89 (29.14 - 46.63)	375	3,069,278	10.75 (9.51 - 11.99)
22 January - 28 January 2022	116	829,249	34.19 (25.48 - 42.91)	317	3,169,578	8.44 (7.47 - 9.41)
29 January - 04 February 2022	93	785,327	25.10 (17.41 - 32.80)	281	3,228,702	7.47 (6.54 - 8.40)
05 February - 11 February 2022	89	754,551	27.30 (18.81 - 35.79)	263	3,268,885	7.22 (6.29 - 8.15)

Table 15: Number of confirmed COVID-19 related deaths by vaccination status at time of test and age-standardised mortality rate per 100,000, 08 January 2022 to 04 February 2022

Week	Unvaccinated			1 Dose*		
	No. of deaths	Population	Age Standardised Mortality Rate per 100,000 with 95% confidence intervals	No. of deaths	Population	Age Standardised Mortality Rate per 100,000 with 95% confidence intervals
08 January - 14 January 2022	17	1,542,795	11.94 (4.40 - 19.48)	3	339,017	4.79 (0.00 - 11.14)
15 January - 21 January 2022	18	1,538,621	7.46 (2.70 - 12.22)	6	318,899	12.12 (1.58 - 22.67)
22 January - 28 January 2022	13	1,531,988	10.68 (3.82 - 17.54)	2	302,872	2.48 (0.00 - 5.96)
29 January - 04 February 2022	13	1,524,406	10.95 (3.40 - 18.50)	4	275,718	8.57 (0.00 - 17.35)
Week	2 Doses*			Booster or 3 Doses		
	No. of deaths	Population	Age Standardised Mortality Rate per 100,000 with 95% confidence intervals	No. of deaths	Population	Age Standardised Mortality Rate per 100,000 with 95% confidence intervals
08 January - 14 January 2022	34	999,502	14.37 (9.15 - 19.59)	72	2,982,479	1.52 (1.16 - 1.87)
15 January - 21 January 2022	31	934,811	16.15 (10.27 - 22.03)	77	3,070,304	1.60 (1.24 - 1.96)
22 January - 28 January 2022	26	855,982	14.87 (8.82 - 20.93)	70	3,170,693	1.43 (1.09 - 1.77)
29 January - 04 February 2022	17	830,753	11.68 (6.05 - 17.32)	73	3,229,938	1.50 (1.15 - 1.85)

* 1 Dose and 2 Dose populations include individuals who have exceeded the recommended dose schedule and may be subject to vaccine waning. Data in this table should not be used as a measure of vaccine effectiveness due to unaccounted for biases and risk factors in different populations. For more information, please see the [interpretation of data and Vaccine effectiveness summary](#) sections above.

Szkoci - podwójnie zaszczepieni - są obecnie bardziej narażeni na przyjęcie do szpitala z wirusem Covid niż osoby nieszczepione, w związku z rosnącą liczbą osób starszych chorujących z powodu słabnącej odporności.

<https://www.heraldscotland.com/news/19843315.covid-scotland-case-rates-lowest-unvaccinated-double-jabbed-elderly-drive-rise-hospital-admissions/> - artykuł ze stycznia 2022

W Kanadzie – Ontario:

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.30.21268565v1.full-text:>

Po podaniu 2 dawek szczepionki COVID-19 (z co najmniej 1 szczepionką mRNA) VE (Vaccine Effectiveness - skuteczność) przeciwko Delta zmniejszyła się stale w czasie z 84% (95%CI, 81-86%) 7-59 dni po drugiej dawce do 71% (95%CI, 66-75%) ≥240 dni po drugiej dawce, ale wzrosła do 93% (95%CI, 92-94%) ≥7 dni po otrzymaniu szczepionki mRNA w trzeciej dawce (Tabela 2; Rycina 1). Z kolei otrzymanie 2 dawek szczepionki COVID-19 nie chroniło przed zakażeniem Omicron w żadnym momencie, a VE wynosiła -38% (95%CI, -61%, -18%) 120-179

dni i -42% (95%CI, -69%, -19%) 180-239 dni po drugiej dawce. VE przeciwko Omicron wynosiła 37% (95%CI, 19-50%) ≥ 7 dni po otrzymaniu szczepionki mRNA w trzeciej dawce.

Table 2. Vaccine effectiveness against infection by Omicron or Delta among adults aged ≥ 18 years by time since latest dose

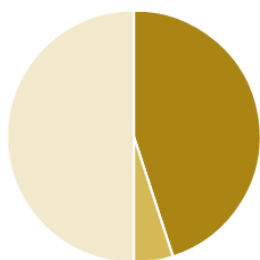
Doses	Vaccine products	Days since latest dose	SARS-CoV-2 negative controls, n	Omicron-positive cases, n	Vaccine effectiveness against Omicron (95% CI)	Delta-positive cases, n	Vaccine effectiveness against Delta (95% CI)
First 2 doses	≥ 1 mRNA vaccine	7-59	14,288	63	6 (-25, 30)	204	84 (81, 86)
		60-119	34,741	214	-13 (-38, 8)	562	81 (79, 82)
		120-179	282,977	2,257	-38 (-61, -18)	4,342	80 (79, 81)
		180-239	47,282	522	-42 (-69, -19)	635	74 (72, 76)
		≥ 240	10,285	46	-16 (-62, 17)	203	71 (66, 75)
Third dose	Any mRNA vaccine	0-6	10,208	50	2 (-35, 29)	71	88 (85, 90)
		≥ 7	36,500	114	37 (19, 50)	138	93 (92, 94)
	BNT162b2	0-6	8,461	42	2 (-39, 30)	64	87 (83, 90)
		≥ 7	30,269	106	34 (16, 49)	116	93 (91, 94)
	mRNA-1273	0-6	1,747	8	5 (-94, 54)	7	93 (86, 97)
		≥ 7	6,231	8	59 (16, 80)	22	93 (90, 96)

<https://covid-19.ontario.ca/data>

Hospitalizations by vaccination status

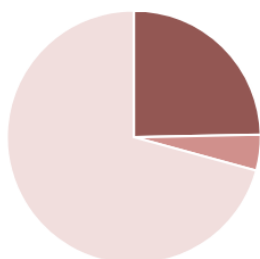
Weekend and holiday reporting: Due to incomplete weekend and holiday reporting, vaccination status data for hospital and ICU admissions is not updated on Sundays, Mondays and the day after holidays.

In ICU



Unvaccinated cases ²	90
Partially vaccinated cases ²	10
Fully vaccinated cases ²	100

In hospital but not the ICU



Unvaccinated cases ²	226
Partially vaccinated cases ²	42
Fully vaccinated cases ²	648

W materiałach dla nauczycieli znajdujemy informacje następujące (str.28):

„Szczepimy się dla:

zysku osobistego – chronimy nas samych przed chorobą i jej powikłaniami (rezygnacja ze szczepienia wiąże się z ryzykiem zachorowania na COVID-19, hospitalizacją i rozwojem powikłań, a nawet zgonem)”¹⁸

¹⁸ <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/szczepienia-uczniow-od-12-roku-zycia--materiały-informacyjne> [dostęp: 26.08.2021]

Bazy gromadzące informacje o niepożądanych reakcja poszczepiennych jak amerykański VAERS, <http://www.vigiaccess.org/> prowadzona przez WHO, brytyjskie Yellow Card odnotowują rekordowe przypadki NOPów – nie notowane do tej pory (liczba reakcji niepożądanych na szczepienia przeciwko grypie od 1968 roku to 282 081 zgłoszeń, szczepienia na COVID-19 to 3 319 894 w rok!). Case Fatality Rate – czyli ryzyko zgonu wśród osób, które chorują – to 0,006% w grupie 0-18 lat!

Czytamy dalej że szczepimy się dla:

„zysku rodzinnego – chronimy naszych najbliższych (rezygnacja ze szczepienia wiąże się z ryzykiem przeniesienia zakażenia np. na babcię, która jest starsza i schorowana, lub wujka, który choruje na cukrzycę lub nadciśnienie);¹⁹

Osoba zaszczepiona może ulec zakażeniu i transmitować wirusa w różnym stopniu co osoba niezaszczepiona. Nieuprawnione twierdzenia, że szczepienia chronią bliskich może doprowadzić do tragedii – osoby, które w to uwierzą, mogą czując się bezpiecznie zarazić swoich bliskich na zakażenie i zgon!

Czytamy dalej w materiałach edukacyjnych (str.28):

„szczepimy się dla zysku społecznego – dzieci i młodzież mogą uczyć się w szkole, spędzać z rówieśnikami wolny czas, a dorośli pracować, w czasie wakacji podróżować z najbliższymi po Polsce i zagranicę, (rezygnacja ze szczepienia oznacza wydłużenie okresu obostrzeń pandemicznych); w wymiarze społecznym i solidarnościowym szczepienie pomaga ograniczyć transmitowanie wirusa, a tym samym zmniejsza ryzyko zakażenia innych osób”²⁰

Jak pokazały kolejne „fale” twierdzenie to mijają się z prawdą w każdym punkcie. No i dalej:

„szczepimy się dla zysku ekonomicznego – szczepiąc się, dbamy o przedsiębiorców, restauratorów, hotelarzy, handlowców, których chronimy przed efektami lockdownu”²¹

Nie ma takiej zależności – lockdown nie miał żadnego związku z poziomem zaszczepienia, 5 fala miała większy zasięg od zeszłorocznej mimo znacznie większego zbioru osób zaszczepionych – i jedni i drudzy przenoszą wirusa, zakażają i chorują.

„zysku gospodarczego – szczepienia powinny być wyrazem naszego lokalnego patriotyzmu, szczepiąc się możemy zadbać o gospodarkę, możemy wykazać się prospołeczną postawą, pokazać, że zależy nam na eliminacji negatywnych skutków ekonomicznych pandemii”²²

Jaki to ma związek? Rolą szczepionki jak wcześniej w materiale edukacyjnym zostało pokazane jest przygotowanie organizmu na lżejsze przechorowanie – jaki to ma związek z postawą prospołeczną czy patriotyzmem???

Na stronie 34 w materiałach dla nauczycieli możemy przeczytać:

¹⁹ <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/szczepienia-uczniow-od-12-roku-zycia--materiały-informacyjne>
[dostęp: 26.08.2021]

²⁰ <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/szczepienia-uczniow-od-12-roku-zycia--materiały-informacyjne>
[dostęp: 26.08.2021]

²¹ <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/szczepienia-uczniow-od-12-roku-zycia--materiały-informacyjne>
[dostęp: 26.08.2021]

²² <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/szczepienia-uczniow-od-12-roku-zycia--materiały-informacyjne>
[dostęp: 26.08.2021]

„FAKT: Szczepionki przeciw COVID-19 nie są eksperymentem medycznym, ponieważ przeszły wszystkie wymagane etapy badań, podobnie jak pozostałe szczepionki dostępne na rynku.”²³

Odpowiedź za dr Witczakiem ():

PROGRAM SZCZEPIEŃ PRZECIWKO COVID-19 TO EKSPERYMENT MEDYCZNY

Chociaż koncepcja szczepionek mRNA pojawiła się już w 1990 roku, to przed pandemią COVID-19 taka technologia immunizacji nigdy wcześniej nie była wdrożona na rynek do masowego zastosowania u ludzi. W 2012 r. szczepionki mRNA swoiste wobec grypy i RSV były analizowane w badaniach przedklinicznych. W 2017 r. odbył się pierwszy test koncepcyjnej szczepionki mRNA na raka, a pierwsza w historii próba kliniczna fazy I szczepionki mRNA miała miejsce dopiero w 2020 r. i dotyczyła szczepienia przeciwko COVID-19 [1]

Pomimo ogłoszenia przez firmę Pfizer osiągnięcia wszystkich pierwszorzędowych punktów końcowych w toku fazy III badań klinicznych [2], opublikowania wyników [3] oraz warunkowego dopuszczenia szczepionki na rynek przez organizacje ds. zdrowia [4], aktualne programy szczepień przeciwko COVID-19 należy uznać za eksperyment medyczny z przyczyn podanych poniżej.

Po pierwsze, badanie fazy III nad skutecznością i bezpieczeństwem szczepionki Pfizer/Biontech nie zakończyło się. Zgodnie z komunikatem [5], oryginalnym protokołem [6], opublikowanym badaniem [3] i ocenami agencji regulatorowych [7] uczestnicy badania powinni być obserwowani jeszcze przez łącznie dwa lata od przyjęcia drugiej dawki preparatu. W rejestrze badań klinicznych [8] widnieje informacja, że szacunkowo badanie zakończy się dopiero 2 maja 2023 (na dzień 01.07.2021 ostatnia aktualizacja informacji w rejestrze miała miejsce 1 czerwca 2021 r.). Są tam również wymienione punkty końcowe badania, których okresy obserwacji wykraczają poza ramy czasowe analiz, na podstawie których preparat warunkowo dopuszczono na rynek.

Ponadto w charakterystyce produktu leczniczego Comirnaty wskazano, że dopiero w grudniu 2023 r. zostanie przedłożony przez podmiot odpowiedzialny raport końcowy z badania klinicznego w celu potwierdzenia skuteczności i bezpieczeństwa tego produktu [9]. Pierwszego kwietnia 2021 r. firma Pfizer opublikowała kolejny komunikat z aktualizacją wyników skuteczności i bezpieczeństwa z okresu obserwacji wynoszącego 6 miesięcy i dla populacji >16 r.ż., wyniki jednak nie zostały opublikowane w recenzowanym czasopiśmie [10].

Powyższe informacje niezbiecnie świadczą o tym, że faza III próby klinicznej jest w toku, a skuteczność i bezpieczeństwo nie zostało potwierdzone w dłuższych okresach obserwacji. Bez tej wiedzy udział w programie szczepień należy uznać za „eksperymentalny”, w szczególności że większość dotychczas przeprowadzonych badań fazy III dla szczepionek innych niż przeciwko COVID-19 obejmowała dużą liczbę pacjentów i trwała od 1 do 2 lat [11]. W momencie przyznania szczepionce Pfizer/Biontech zezwolenia na zastosowanie warunkowe u dzieci, dla większości uczestników badania klinicznego agencje regulatorowe dysponowały danymi dotyczącymi bezpieczeństwa i skuteczności z okresu obserwacji wynoszącego tylko jeden lub dwa miesiące.

Po drugie, warunkowe/przyspieszone dopuszczenie produktu do stosowania opiera się na wątpliwej podstawie, tj. w sytuacji zagrożenia zdrowia publicznego ciało regulatorowe musi na podstawie dostępnych krótkookresowych danych klinicznych po prostu wierzyć, że „znane i potencjalne korzyści przewyższają znane i potencjalne ryzyko” [12,13]. W tym miejscu należy

²³ <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/szczepienia-uczniow-od-12-roku-zycia--materiały-informacyjne> [dostęp: 26.08.2021]

przypomnieć, że ryzyko związane z COVID-19 w przypadku dzieci i młodych dorosłych jest niskie.

Po trzecie, czas potrzebny na ocenę skuteczności i bezpieczeństwa szczepionek trwa zwykle 4-10 lat i obejmuje dokładne testy *in vitro*, badania przedkliniczne (na zwierzętach), a następnie sekwencyjne próby kliniczne (na ludziach, fazy 1, 2 i 3). Natomiast szczepionki przeciwko COVID-19 zostały opracowane i ocenione pod kątem bezpieczeństwa i skuteczności w czasie krótszym niż jeden rok. Oznaczało to, że analizowano tylko krótkoterminowe scenariusze.

Po czwarte, badanie kliniczne trwało zbyt krótko oraz obejmowało zbyt małą liczbę uczestników, aby wykryć rzadziej występujące skutki uboczne. Przykładem może być myocarditis, które nie ujawniło się w badaniach klinicznych [14], a także problemy takie jak wstrząs anafilaktyczny (osoby z historią alergii zostały wykluczone z wczesnych badań klinicznych) i potencjalnie śmiertelne przypadki zakrzepicy, które nie zostały zidentyfikowane, dopóki większość eksperymentalnych szczepionek COVID-19 nie była szeroko stosowana w społeczeństwach [15,16].

Kolejny przykład to kampania szczepień przeciwko pandemii świńskiej grypy w 2009 r. w Finlandii i Szwecji, która przyczyniła się do wielu przypadków narkolepsji (152 w samej Finlandii) [a-d]. Przyczyną choroby była homologia między częścią receptora 2 ludzkiej hipokretyny (inaczej oreksyny) a białkami obecnymi w szczepionce [e]. Ustalono to poprzez wykrycie krzyżowo reaktywnych przeciwciał w surowicy pacjentów, u których wystąpiła narkolepsja po szczepieniu przeciwko H1N1 w Europie. W próbie klinicznej fazy III nie wystąpiły żadne zgony [3], ale w ulotce szczepionki firmy Pfizer widnieje informacja, że „poważne zdarzenia niepożądane od pierwszej dawki do 30 dni po drugiej dawce w trwającym okresie obserwacji zgłosiło 0,4% biorców szczepionki i 0,1% otrzymujących placebo” [17]. Aby dostarczyć rozstrzygających dowodów, należałoby zbadać znacznie większą liczbę nastolatków, ale te ograniczone dane sugerują, że ryzyko poważnych zdarzeń niepożądanych mogło być o 0,3% wyższe w grupie zaszczepionej (nieistotne statystycznie w tak małej próbie). W przeliczeniu na milion zaszczepionych dzieci to daje 3000 poważnych zdarzeń niepożądanych, przy czym należy podkreślić, że profil bezpieczeństwa interwencji badanej w ramach badań klinicznych wypada zazwyczaj lepiej niż w rzeczywistości.

Po piąte, badanie zostało „odślepione”, co oznacza, że nie będzie już grupy placebo. Innymi słowy, rygorystyczna ocena bezpieczeństwa w kontekście dobrze kontrolowanego badania klinicznego nie jest już możliwa i należy w większym stopniu polegać na systemach nadzoru już po wdrożeniu szczepionek. To stanowi ogromne wyzwanie, ponieważ niepewna jest zarówno liczba zgłaszanych zdarzeń niepożądanych związanych ze szczepionką, jak i występowanie danego zdarzenia ogólnie w populacji (tło). Co więcej, niezwykle trudno jest definitywnie udowodnić, że zdarzenie jest spowodowane (a nie tylko związane czasowo) szczepieniem [18,19].

Po szóste, na podstawie wyników testu biodystrybucji [20] należałoby wymagać dalszych badań w celu oceny krótko- i długoterminowego wpływu na większą liczbę tkanek zanim szczepionka zostanie dopuszczona do powszechnego użytku, zwłaszcza u dzieci, młodzieży i młodych dorosłych w wieku reprodukcyjnym. Biodystrybucja białka kolca, które jest tworzone przez komórki zaszczepionego organizmu, powinna być dokładnie zmapowana oraz oceniona na co najmniej dwóch modelach zwierzęcych, z których jeden nie jest modelem gryzoni, ponieważ gryzonie mają znacznie niższy poziom powinowactwa wiązania receptora ACE2 (receptor dla białka kolca SARS-CoV-2) niż ludzie i w rezultacie wpływ białka kolca może zostać niedoszacowany. Następnie dystrybucja białka kolca u ludzi powinna być oceniona na niewielkiej próbie w badaniu klinicznym fazy 1. W przedstawionym raporcie dot.

biodystrybucji znajduje się jednak niepokojący zapis, że nie przeprowadzono tradycyjnych badań farmakokinetycznych lub biodystrybucji dla tej szczepionki (BNT162b2). Jeśli po raz pierwszy taka innowacyjna technologia szczepionek została wprowadzona do szerokiej dystrybucji wśród ludzi, a japońskie dane dotyczące biodystrybucji wykazały dowody na rozległe rozprzestrzenianie się materiału imitującego szczepionkę w organizmie biorcy [18,20], to należy zapytać, dlaczego ten eksperymentalny preparat został dopuszczony do stosowania bez wcześniejszego przeprowadzenia kluczowego badania biodystrybucji [18].

- [a] Partinen, Markku, et al. „Increased incidence and clinical picture of childhood narcolepsy following the 2009 H1N1 pandemic vaccination campaign in Finland.” PloS one 7.3 (2012): e33723. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0033723>
- [b] Medical Products Agency (Lakemedelsverket) (2010) The MPA investigates reports of narcolepsy in patients vaccinated with Pandemrix. Available: <http://www.lakemedelsverket.se/english/All-news/NYHETER-2010/The-MPA-investigates-reports-of-narcolepsy-in-patients-vaccinated-with-Pandemrix/>. Accessed 2012 Feb 23.
- [c] WHO (2010) Pandemrix vaccine and cases of narcolepsy. Available: http://www.who.int/immunization_standards/vaccine_quality/pandemrix_narcolepsy/en/. Accessed 2012 Feb 23.
- [d] THL (2010) National Institute for Health and Welfare recommends discontinuation of Pandemrix vaccinations. Finnish National Institute for Health and Welfare website. Available: http://www.thl.fi/en_US/web/en/pressrelease?id=22930. Accessed 2012 Feb 23.
- [e] Ahmed, Syed Sohail, et al. „Antibodies to influenza nucleoprotein cross-react with human hypocretin receptor 2.” Science translational medicine 7.294 (2015): 294ra105-294ra105
- [1] Xu, Shuqin, et al. „Mrna vaccine era—Mechanisms, drug platform and clinical prospectation.” International Journal of Molecular Sciences 21.18 (2020): 6582. https://www.mdpi.com/ijms/ijms-21-06582/article_deploy/html/images/ijms-21-06582-g001.png
- [2] <https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/pfizer-and-biontech-conclude-phase-3-study-covid-19-vaccine>
- [3] Frenck Jr, Robert W., et al. „Safety, immunogenicity, and efficacy of the BNT162b2 Covid-19 vaccine in adolescents.” New England Journal of Medicine (2021). <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2107456>
- [4] <https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/pfizer-and-biontech-receive-first-authorization-european>
- [5] <https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/pfizer-and-biontech-conclude-phase-3-study-covid-19-vaccine>
- [6] https://www.nejm.org/doi/suppl/10.1056/NEJMoa2107456/suppl_file/nejmoa2107456_protocol.pdf
- [7] <https://www.fda.gov/media/144245/download>
- [8] <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04368728>
- [9] https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_pl.pdf
- [10] <https://edition.cnn.com/2021/04/01/health/pfizer-covid-vaccine-efficacy-six-months-bn/index.html>
- [11] Kesselheim, Aaron S., et al. „An Overview Of Vaccine Development, Approval, And Regulation, With Implications For COVID-19: Analysis reviews the Food and Drug Administration’s critical vaccine approval role with implications for COVID-19 vaccines.” Health Affairs. 40.1 (2021): 25-32. <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.2020.01620>

- [12] Avorn J, Kesselheim AS. Up is down—pharmaceutical industry caution vs. federal acceleration of Covid-19 vaccine approval. *N Engl J Med.* 2020 Sep 15. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp2029479>
- [13] https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/how-are-vaccines-developed-authorised-and-put-market_en#approving-the-vaccines-in-the-eu
- [14] Larson, Kathryn F., et al. „Myocarditis after BNT162b2 and mRNA-1273 Vaccination.” *Circulation* (2021). <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.055913>
- [15] Blumenthal, K.G. et al. Acute Allergic Reactions to mRNA COVID-19 Vaccines. *Jama* 325, 1562-1565 (2021). <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2777417>
- [16] Selvaraj, G., Kaliapurthi, S., Peslherbe, G.H. & Wei, D.Q. Are the Allergic Reactions of COVID-19 Vaccines Caused by mRNA Constructs or Nanocarriers? *Immunological Insights. Interdisciplinary sciences, computational life sciences* 13, 344-347 (2021). <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12539-021-00438-3>
- [17] <https://labeling.pfizer.com/ShowLabeling.aspx?id=14471>
- [18] https://www.canadiancovidcarealliance.org/wp-content/uploads/2021/06/2021-06-15-children_and_covid-19_vaccines_full_guide.pdf
- [19] Doshi, P. Covid-19 vaccines: In the rush for regulatory approval, do we need more data? *BMJ* 373, n1244 (2021). <https://www.bmj.com/content/373/bmj.n1244><https://www.bmj.com/content/373/bmj.n1244>
- [20] Pfizer. SARS-CoV- 2 mRNA Vaccine (BNT162, PF-07302048) 2.6.4 Yakubutsu dōtai shiken no gaiyō bun [summary of pharmacokinetic studies] https://www.pmda.go.jp/drugs/2021/P20210212001/672212000_30300AMX00231_1100_1.pdf#page=16

Kolejne uwagi do materiałów edukacyjnych (str.38):

„FAKT: Każdy powinien się zaszczepić – również osoba, która przechorowała COVID-19 (tzw. ozdrowieniec). Odporność po szczepieniu jest silniejsza i utrzymuje się dłużej niż odporność po przechorowaniu COVID-19. Możliwe są ponowne zachorowania na COVID-19. To rzadkie sytuacje, ale się zdarzają”.²⁴

W dokumencie RMP dostępnym na stronach EMA :

https://www.ema.europa.eu/en/documents/rmp-summary/comirnaty-epar-risk-management-plan_en.pdf możemy zapoznać się z Modułem SIV: Populacje niebadane w badaniach klinicznych SIV.1. Kryteria wyłączenia z badań klinicznych w ramach Programu Rozwoju gdzie czytamy: w fazie 1 wykluczono uczestników z wcześniejszym rozpoznaniem klinicznym lub mikrobiologicznym rozpoznaniem COVID-19, ponieważ uczestnicy ci mogą mieć pewien stopień ochrony przed późniejszym zakażeniem SARS-CoV-2 i dlatego mogliby co mogłoby wpłynąć na decydujący punkt końcowy skuteczności. Podczas fazy 2/3 dopuszczono do udziału uczestników z wcześniejszym niezdiagnozowanym zakażeniem. Badania przesiewowe w kierunku SARS-CoV-2 za pomocą testu amplifikacji kwasu nukleinowego przez wymaz z nosa lub przeciwciał przeciwko antygenowi SARS-CoV-2 nie były przeprowadzane przed podaniem szczepionki w fazie 2/3, ale próbki były pobierane w celu przeprowadzenia tych testów po szczepieniu, co pozwoliło na zidentyfikowanie uczestników z niezidentyfikowanym wcześniejszym zakażeniem. Grupa ta zostanie oceniona w celu określenia, czy wcześniejsze zakażenie wpływa na bezpieczeństwo.

²⁴ <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/szczepienia-uczniow-od-12-roku-zycia--materiały-informacyjne> [dostęp: 26.08.2021]

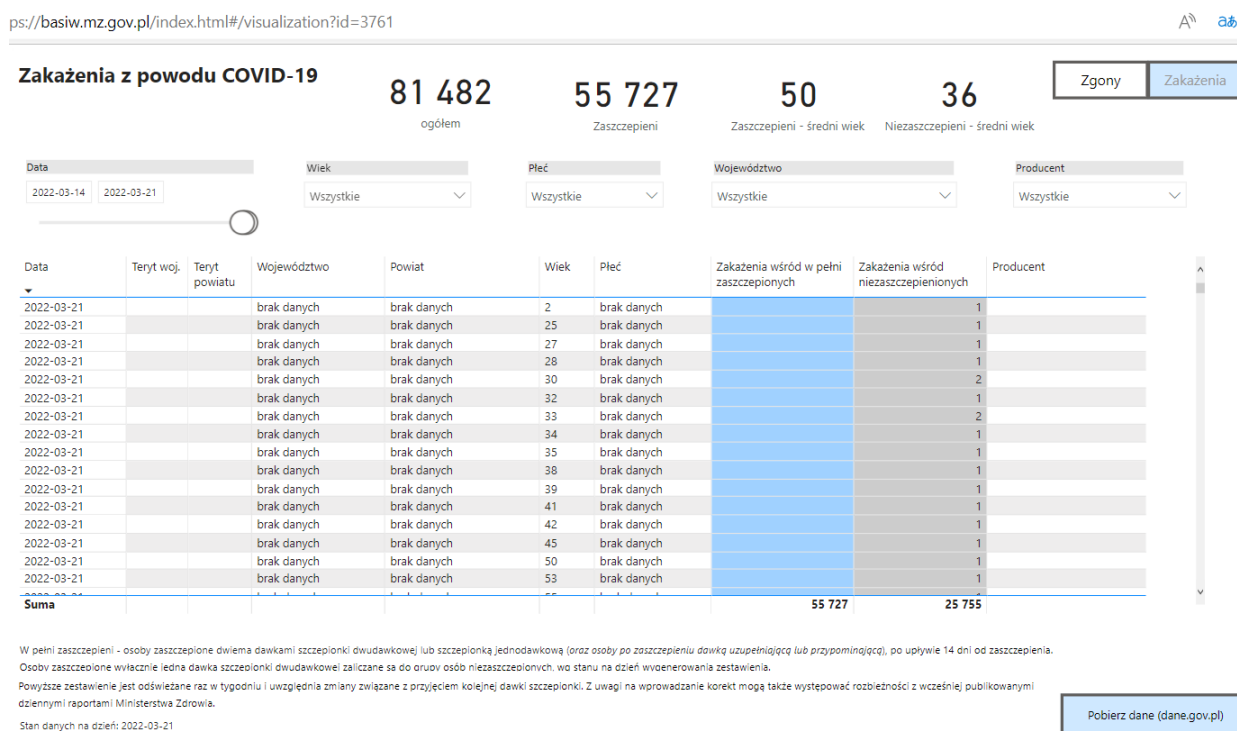
Kłamstwem jest twierdzenie (str.38 - materiały edukacyjne), że:

„Odporność po szczepieniu jest silniejsza i utrzymuje się dłużej niż odporność po przechorowaniu COVID-19”²⁵

Odporność nabyta przez przechorowanie jest trwalsza, lepsza i długotrwała – badania i dowody: <https://www.nature.com/articles/d41586-021-01442-9> (Miałeś COVID? Prawdopodobnie będziesz wytwarzać przeciwciała przez całe życie), 150 badań i artykułów mówiących o przewadze naturalnej odporności - <https://brownstone.org/articles/79-research-studies-affirm-naturally-acquired-immunity-to-covid-19-documented-linked-and-quoted/>

Zerknijmy też rządową stronę - Bazę Analiz Systemowych i Wdrożeń, z których wynika, że z tygodnia na tydzień więcej osób zaszczepionych zapada na Covid-19, wzrasta także udział zaszczepionych w zgonach.

W ostatnim okresie od 14 marca do 21 marca 2022r. - chorzy na Covid-19 to w 68,4% zaszczepieni, zgony - 42,2% zaszczepieni.²⁶



²⁵ <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/szczepienia-uczniow-od-12-roku-zycia--materiały-informacyjne> [dostęp: 26.08.2021]

²⁶ [BASiW - Statystyki zakażeń i zgonów z uwzględnieniem szczepienia przeciw COVID-19 \(mz.gov.pl\)](https://basiw.mz.gov.pl/statystyki-zakażeń-i-zgonów-z-uwzględnieniem-szczepienia-przeciw-covid-19) [dostęp: 21.03.2022]

Zgony z powodu COVID-19

910

Zgony ogółem

79

Średni wiek

78

Zaszczepieni - średni wiek

79

Niezaszczepieni - średni wiek

Zgony

Zakażenia

Data: 2022-03-14 2022-03-21

Wiek: Wszystkie

Płeć: Wszystkie

Województwo: Wszystkie

Producent: Wszystkie

Data	Teryt woj.	Teryt powiatu	Województwo	Powiat	Wiek	Płeć	Zgony wśród w pełni zaszczepionych	w tym z chorobami współistniejącymi	Zgony wśród niezaszczepionych	w tym z chorobami współistniejącymi	Producent
2022-03-21	02	0207	dolnośląskie	kamiennogórski	88	K			1		
2022-03-21	02	0211	dolnośląskie	lubirski	91	K			1	1	
2022-03-21	02	0262	dolnośląskie	m. Legnica	70	M	1				Pfizer
2022-03-21	02	0264	dolnośląskie	m. Wrocław	78	K	1				Pfizer
2022-03-21	02	0264	dolnośląskie	m. Wrocław	67	M	1	1			Pfizer
2022-03-21	02	0264	dolnośląskie	m. Wrocław	77	M	1	1			Pfizer
2022-03-21	02	0214	dolnośląskie	oleśnicki	69	K	1				Pfizer
2022-03-21	02	0215	dolnośląskie	oławski	68	M			1		
2022-03-21	02	0219	dolnośląskie	świdnicki	82	M			1	1	
2022-03-21	02	0223	dolnośląskie	wrocławski	76	M			1	1	
2022-03-21	02	0224	dolnośląskie	zabkowicki	74	K			1	1	
2022-03-21	04	0401	kujawsko-pomorskie	aleksandrowski	86	K	1	1			Pfizer
2022-03-21	04	0403	kujawsko-pomorskie	bydgoski	18	M			1	1	
2022-03-21	04	0403	kujawsko-pomorskie	bydgoski	75	M			1	1	
2022-03-21	04	0406	kujawsko-pomorskie	grudziądzki	49	K			1		
2022-03-21	04	0406	kujawsko-pomorskie	grudziądzki	85	K			1		
Suma							384	300	526	392	

W pełni zaszczepieni - osoby zaszczepione dwiema dawkami szczepionki dwudawkowej lub szczepionką jednodawkową (oraz osoby po zaszczepieniu dawką uzupełniającą lub przypominającą), po upływie 14 dni od zaszczepienia. Osoby zaszczepione wyłącznie jedną dawką szczepionki dwudawkowej zaliczane są do grupy osób niezaszczepionych, wg stanu na dzień wygenerowania zestawienia.

Powyższe zestawienie jest odświeżane raz w tygodniu i uwzględnia zmiany związane z przyjęciem kolejnej dawki szczepionki. Z uwagi na wprowadzanie korekt mogą także występować rozbieżności z wcześniej publikowanymi dziennymi raportami Ministerstwa Zdrowia.

Stan danych na dzień: 2022-03-21

[Pobierz dane \(dane.gov.pl\)](#)

Uważamy, że omawiane materiały edukacyjne nie są rzetelnie opracowane i nie powinny być wykorzystywane. Zwracamy również uwagę na to, że szkoła nie jest miejscem, które powinno służyć do promocji szczepień. To nie uczniowie decydują o tym, jakie szczepienia przyjmą i nie jest rolą szkoły nakłaniać ich do jakichkolwiek zabiegów medycznych. Za to bowiem zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym (art. 96 § 1) odpowiadają rodzice, którym dziecko jest winne posłuszeństwo (art. 95 § 2).

Ponadto pragniemy nadmienić, że nie jest rolą nauczycieli prowadzenie zajęć na temat szczepień czy innych zabiegów medycznych, ponieważ nie posiadają do tego odpowiednich kwalifikacji. Ministerstwo nie powinno więc nakładać na nich takiego obowiązku.

Stowarzyszenie Nauczycieli i Pracowników Oświaty

„Nauczyciele dla Wolności”