

Αστική μη κερδοσκοπική Εταιρεία ΕΛ.Δ.ΔΙ.Ε.Σ (Ελληνικό Δίκτυο Δικαιοσύνης Ελευθερίας και Στήριξης) (Σύσταση με στοιχεία 1/23-4-2021, Πρωτοδικείο Ξάνθης)

Επιστημονικό πόρισμα επιστημονικής επιτροπής αποτελούμενης από:

Κωνσταντίνος Πουλός, Αναπληρωτής καθηγητής Βιοχημείας, Πανεπιστήμιο Πατρών
Ελπιδοφόρος Σωτηριάδης, καθηγητής Ιατρικής Σχολής, Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σάκης Καλογερίδης, Μοριακός Βιολόγος ερευνητής στο Νοσοκομείο Ιπποκράτειο
Παναγιώτης Παπαγιαννάκης Κλινικός Γιατρός, Γαστρεντολόγος Ιπποκράτειο Νοσοκομείο
Αλέξανδρος Βασσαράς, Δρ Ανοσολογίας, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου
Γιώργος Παύλος, καθηγητής Φυσικής και φιλοσοφίας ΔΠΘ

Τα επιστημονικά δεδομένα που ακολουθούν δείχνουν αναμφισβήτητα πως οι υποχρεωτικοί εμβολιασμοί, πέραν του ότι είναι αντισυνταγματικοί και αντιβαίνουν προς κάθε έννοια δικαίου και κάθε έννοια ανθρώπινης ελευθερίας και αξιοπρέπειας, αποτελούν ανήθικη επιχείρηση από την ίδια την ελληνική πολιτεία εναντίον των πολιτών της. Τα επιστημονικά ευρήματα που ακολουθούν δείχνουν την ανάγκη άμεσης παρέμβασης της δικαιοσύνης και άμεσο τερματισμό του αποτρόπαιου αυτού εγκλήματος κατά του ελληνικού λαού.

Η ΕΛΔΔΙΕΣ εκπροσωπώντας πολλές δεκάδες χιλιάδων Ελλήνων πολιτών ζήτησε από επιστήμονες να επεξεργαστούν επιστημονικά πορίσματα προκειμένου να στηρίξει με αυτά εξώδικη αναφορά. Όλοι οι δικαστικοί λειτουργοί ως οι νόμιμοι θεματοφύλακες του Συντάγματος και της Δικαιοσύνης οφείλουν να δράσουν άμεσα και να προστατεύσουν τον Ελληνικό λαό από μια πρωτοφανή και άκρως επισφαλή πειραματική διαδικασία μεγάλης εμβέλειας που συντελείται εις βάρος του, μέσω των ιατρικών μέτρων του κορωνοϊού που έχουν κορυφωθεί στους λεγόμενους μη υποχρεωτικούς, αλλά στην πραγματικότητα σαφώς υποχρεωτικούς εμβολιασμούς με την χρήση των νέων προϊόντων γενετικής μηχανικής όπου ανήκουν τα νέα φαρμακευτικά προϊόντα που αποκαλούνται εμβόλια.

Για να διευκολύνουμε το εισαγγελικό αυτό έργο παραθέτουμε αδιάσειστα στοιχεία περί της χρήσης αυτής της νέα επιστημονικής προσέγγισης, η οποία έχει μέχρι στιγμής στοιχίσει χιλιάδες θανάτους στην Ελλάδα και σαφώς προβλέπεται να στοιχίσει πολλαπλάσιους θανάτους εάν δε διακοπεί και αναχαιτιστεί άμεσα. Το ότι ο ελληνικός λαός είναι στόχος αποδεικνύεται και από το γεγονός πως οι λαθραίοι μετανάστες δεν υπόκεινται στα μέτρα αυτά της πανδημίας με το πρόσχημα ότι είναι κυρίως νέοι και επομένως δεν νοσούν από τον κορωνοϊό, ενώ αντίθετα οι Έλληνες νέοι οδηγούνται ως πρόβατα επι σφαγή ακόμη και με κίνητρο την πληρωμή. Δηλαδή, η ελληνική πολιτεία κοστολογεί την ζωή των Ελλήνων νέων στα 150 ευρώ όπως δείχνει η πρόσφατη δήλωση, πως κάθε νέος που εμβολιάζεται θα «αμείβεται» ή ανταμείβεται με 150 ευρώ.

Θεωρούμε ως Έλληνες επιστήμονες χρέος της αμερόληπτης δικαιοσύνης να προστατεύσει την ελληνική κοινωνία από έναν επιβαλλόμενο επιστημονικά μη επαρκώς εφιάλτη. Για αυτό υποβάλλουμε θερμή παράκληση προς κάθε αμερόληπτο και έντιμο Έλληνα δικαστή και εισαγγελέα να δράσει σύμφωνα με τον όρκο του να υπηρετεί τον Ελληνικό λαό και την Δικαιοσύνη και να λάβει σοβαρά υπόψη του όλα όσα ακολούθως καταγγέλλονται και τεκμηριώνονται από διεθνούς κύρους Έλληνες και ξένους επιστήμονες.

Το επιστημονικό πλαίσιο που δεν τηρείται

Είναι σαφές σε κάθε σκεπτόμενο επιστήμονα ή απλό πολίτη, πως τον τελευταίο χρόνο έχουμε συνεχή παραβίαση από την ελληνική πολιτεία κάθε έννοιας επιστημονικότητας, δημοκρατικότητας και συνταγματικότητας. Είναι μέγα σκάνδαλο τόσο η λογοκρισία των επιστημόνων αλλά και η μη τήρηση στοιχειωδών κανόνων εξασφάλισης της δημόσιας υγείας.

1. Όταν δίδεται σε χρήση οποιοδήποτε φάρμακο ή εμβόλιο οφείλει η Ελληνική Πολιτεία μέσω των αρμοδίων υπηρεσιών να γνωρίζει την αναλυτική χημική σύσταση του φαρμάκου ή εμβολίου. Από όσο γνωρίζουμε κάτι τέτοιο δεν έχει μέχρι στιγμής εφαρμοστεί στα εμβόλια του κορωνοϊού. Παράλληλα απαιτείται μια διαδικασία δειγματοληπτικού ποιοτικού ελέγχου των προϊόντων, κάτι που επίσης δεν πραγματοποιείται.

2. Επίσης επιβάλλεται να υπάρχει έγγραφη απόφαση του Ε.Ο.Φ και του Υπουργού Υγείας που θα εγκρίνει τη χρήση ενός φαρμάκου και θα βεβαιώνει την ασφάλεια για την ζωή των πολιτών από την χρήση του κάθε φαρμάκου ή εμβολίου.

3. Η πολιτεία οφείλει να λειτουργεί αμερόληπτα έναντι επιστημονικών ομάδων που έχουν αντίθετες απόψεις για ένα τόσο κρίσιμο θέμα όπως η Δημόσια Υγεία.

Μέχρι σήμερα δυστυχώς έχει επικρατήσει η άποψη μικρής μειοψηφίας επιστημόνων κυρίως συνεργαζόμενων με τις φαρμακοβιομηχανίες που παραγουν τα εν λόγω εμβόλια, ενώ σοβαρές επιστημονικές φωνές φημώνονται και δεν εισακούγονται.

4. Όμοια τα ΜΜΕ πρέπει να είναι αμερόληπτα και να μην ασκούν λογοκρισία στις αντίθετες επιστημονικές φωνές και να μην λειτουργούν ως διαφημιστές των φαρμακοβιομηχανιών.

5. Η πολιτεία κωφεύει σε αμερόληπτες επιστημονικές φωνές και με εγκληματικό τρόπο αρνείται πεισματικά να στηρίξει την δημόσια υγεία με φάρμακα εναντίον του κορωνοϊού υποχρεώνοντας τον ελληνικό πληθυσμό σε μαζικούς εμβολιασμούς με μη ασφαλή εμβόλια.

6. Εγκληματική επίσης είναι η στάση της πολιτείας και των δημοσίων υπηρεσιών υγείας στην άρνηση καταγραφής και ελέγχου των παρενεργειών και των θανάτων εμβολιασμένων ανθρώπων. Η φαρμακοεπαγρύπνηση δε δημοσιεύσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες όπως έχει χρέος και όπως ανακοινώνουν οι αντίστοιχες υπηρεσίες άλλων χωρών.

7. Το πλέον τραγικό είναι ότι σήμερα η θεωρία πολυπλοκότητας και μη γραμμικής δυναμικής σύμφωνα με την οποία το φαινόμενο ευαισθησίας ως προς τις αρχικές συνθήκες που ισχύει σε κάθε μη γραμμικό και πολύπλοκο σύστημα εμποδίζει την βίαιη εξωτερική μας επέμβαση χωρίς να έχει υπάρξει προηγουμένως βαθειά πειραματική τεκμηρίωση. Διότι η τεράστια πολυπλοκότητα και μη γραμμικότητα τόσο των κυττάρων όσο και του ανοσοποιητικού συστήματος αλλά και όλου του ανθρώπινου οργανισμού μπορεί να παράγει απρόβλεπτα, θανατηφόρα και ανεπιθύμητα, φαινόμενα εάν δεν έχει υπάρξει προηγουμένως επαρκής πειραματισμός. Για τον λόγο αυτό η εφαρμογή πειραματικών εμβολίων κατ'ευθείαν σε ζωντανούς ανθρώπους είναι μέγιστο έγκλημα.

Η μοριακή βιολογία μας προειδοποιεί

Σήμερα ολόκληρη η ανθρωπότητα σε όλο τον πλανήτη βρίσκεται κάτω από μια πρωτόγνωρη και ασύμμετρη απειλή που χαρακτηρίζεται ως Πανδημία COVID-19 και οφείλεται σε ένα RNA-ιο τον SARS-COV-

2 η οποία όμως εξελίσσεται αντιστρόφως ανάλογα με τις πραγματικές της διαστάσεις με απρόβλεπτες επιστημονικές, κοινωνικές και ηθικές συνέπειες. Παρατηρούμε με αγωνία και σκεπτικισμό ότι χρησιμοποιείται ολοένα και περισσότερο όχι δικαιολογημένα επιστημονικά μια διαφορετική εικόνα εξέλιξης του συγκεκριμένου ιού με σκοπό μια συντονισμένη προσπάθεια κατάργησης όλου του νομικού πλαισίου που η ίδια η ανθρωπότητα έστησε για να αποφύγει μονομερείς και ατελώς επιστημονικά τεκμηριωμένες ενέργειες που θα είχαν σκοπό την επιβολή πειραματικών θεραπευτικών ή προληπτικών προσεγγίσεων στο ανθρώπινο είδος.

Εμείς λοιπόν, επιστήμονες πολλών διαφορετικών ειδικοτήτων ως κομμάτι της ευρύτερης επιστημονικής κοινότητας οι οποίοι εργαζόμαστε στην πρώτη γραμμή του τομέα της υγείας είτε στον τομέα της έρευνας και της διάγνωσης, με την πολυετή εμπειρία μας και έχοντας πλήρη αντίληψη του βάρους και της ευθύνης που φέρει για τον καθένα η επιστημονική του ιδιότητα εκκαλούμεθα να τοποθετηθούμε άμεσα θέτοντας συγκεκριμένα επιστημονικά ερωτήματα και διαπιστώσεις τα οποία προκύπτουν μέσα από πραγματικές μελέτες σε όλα τα επίπεδα (μοριακό ανοσολογικό βιοχημικό και κλινικό) σχετικά με την διαχείριση της πανδημίας με όλες τις προεκτάσεις (εμβόλια, παρενέργειες, υποχρεωτικότητα κ.λ.π).

Από την αρχή που παρουσιάστηκαν τα εμβόλια κατά του SARS – CoV – 2 στα τέλη Δεκεμβρίου του 2020, αναπτύχθηκε μια εσφαλμένη εντύπωση ότι θα ήταν ασφαλή καθώς οι φαρμακευτικές εταιρείες από τις εν βιασύνη μελέτες φάσης I και II μας το διαβεβαίωναν. Αυτή η εντύπωση όσο περνούσαν οι μήνες γιγαντώθηκε και η επιστημονική κοινότητα αρχικά εκτός από ελάχιστες φωνές έκανε ότι περνούσε από το χέρι της ώστε να διασφαλιστεί η επιτυχία αυτών των εμβολίων.

Παρόλα αυτά εκείνο που δεν έγινε αντιληπτό ήταν ότι τα συγκεκριμένα εμβόλια δεν είχαν τίποτα κοινό όσον αφορά την τεχνολογία αλλά και την φιλοσοφία που χρησιμοποιούσαν με τα κλασικά εμβόλια τα οποία παρασκευάζονται είτε από αδρανοποιημένους παθογόνους οργανισμούς ή τις τοξίνες τους, είτε από ζώντες εξασθενημένους ιούς, είτε από τμήματα παθογόνων συζευγμένα με πολυσακχαρίτες και δρουν απευθείας στον οργανισμό ως αντιγόνα επιφέροντας την λεγόμενη τεχνητή ανοσία.

Και τα 4 εμβόλια τα οποία κυκλοφορούν σήμερα σε Ευρώπη και Η.Π.Α για την πρόληψη όπως λένε της COVID19 χρησιμοποιούν τεχνολογίες είτε mRNA είτε cDNA (complementary DNA) οι οποίες πειραματικά χρησιμοποιούνται ακόμα στα πλαίσια της Βιοτεχνολογίας και της Γενετικής Μηχανικής. Πρόκειται για τεχνολογίες οι οποίες σχεδιάστηκαν για να δοκιμαστούν σαν εμβόλια και μεταφορείς ειδικών φαρμάκων ως μοριακή στόχευση για αντιμετώπιση διαφόρων μορφών καρκίνου, και νευρολογικών διαταραχών. Ουδέποτε η τεχνολογία αυτή ΔΕΝ χρησιμοποιήθηκε για την αντιμετώπιση λιμωδών νοσημάτων και μάλιστα σε ανθρώπους καθώς υπήρχαν ήδη αποτυχημένος προσπάθειες σε ζώα για τον ιό τη γρίπης τον RSV και τον ZIKA. Στις τεχνολογίες αυτές ουσιαστικά παρεμβαίνουμε σε βασικούς κυτταρικούς μηχανισμούς αναγκάζοντας τα κύτταρα μας να γίνονται βιοαντιδραστικές συγκεκριμένων πρωτεϊνών του ιού και οι οποίες στην συνέχεια εκκρίνονται και μεταφέρονται σε όλο το σώμα μέχρι να αντιδράσει το ανοσιακό σύστημα για την παραγωγή αντισωμάτων. Εντούτοις οι πρωτεΐνες αυτές όπως συγκεκριμένα είναι η γλυκοπρωτεΐνη S (spike) συνεχίζει να είναι τοξική μετά την παραγωγή της καθώς σε αντίθεση με τα κλασικά εμβόλια δεν είναι αδρανοποιημένη ώστε να διατηρεί μόνο

την αντιγονική της δράση και όχι την λοιμογόνα και αυτό βιβλιογραφικά έχει αποδειχθεί καθώς διατηρεί την ικανότητα σύνδεσης της με τους υποδοχείς ACE2 όπως και όταν συνοδεύει τον κανονικό ιό SARS COV-2. Έτσι δημιουργούνται εύλογα ερωτήματα επιστημονικά που θέλουν άμεση απάντηση όπως για ποιο λόγο η συγκεκριμένη πρωτεΐνη δεν έχει αδρανοποιηθεί έστω και στο επίπεδο του mRNA πριν μεταφερθεί μέσα στον υγιή ανθρώπινο οργανισμό με το εμβόλιο αφού είναι και είναι γνωστό έντονα τοξική? Τι μελέτες έχουν γίνει σχετικά με την ενεργοποίηση συγκεκριμένων μονοπατιών της ενδοκυττάριας σηματοδότησης αφού βιβλιογραφικά έχει βρεθεί ότι η σύνδεση της πρωτεΐνης Spike με συγκεκριμένους υποδοχείς ενεργοποιεί μονοπάτια που έχουν σχέση με την φλεγμονή την λοίμωξη και την καρκινογένεση? Γιατί η εταιρείες δεν έχουν κάνει έλεγχους κυτταροτοξικότητας? Πού είναι οι μελέτες που δείχνουν εάν κατά την διάρκεια της μετάφρασης του mRNA δεν διαταράσσεται η σειρά και ο ρυθμός έκφρασης άλλων mRNAs τα οποία μπορεί να έχουν σχέση με ογκοκατασταλτικά γονίδια στην συγκεκριμένη φάση ή με άλλες βασικές κυτταρικές λειτουργίες καθώς όπως παραδέχθηκαν και επιστήμονες των εταιρειών παρασκευής αυτών των εμβολίων με την τεχνολογία αυτή κατά ένα τρόπο «χακάρουμε» συγκεκριμένους μοριακούς μηχανισμούς? και πάρα πολλά άλλα ερωτήματα που σύντομα θα τεθούν ακόμα πιο αναλυτικά και δείχνουν δυστυχώς ότι η αλόγιστη χρήση μιας τέτοιας τεχνολογίας σε ευρύ υγιή πληθυσμό χωρίς να έχουν μελετηθεί σε βάθος όλες αυτές οι παράμετροι θα οδηγήσουν με μαθηματική ακρίβεια σε ανεπανόρθωτες διαταραχές και βλάβες σε βασικούς μοριακούς μηχανισμούς των οποίων οι κλινικοί φαινότυποι θα εκδηλωθούν είτε άμεσα είτε σε ένα μακρύ διάστημα 4 με 5 χρόνια ανάλογα με το γενετικό προφίλ του κάθε ανθρώπου με απίστευτες επιπτώσεις στην υγεία ενός μεγάλου μέρους του ανθρώπινου εμβολιασμένου πληθυσμού.

Προς αυτή τη κατεύθυνση φαίνεται, ότι οι μοριακές επιπλοκές για τις οποίες κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου οι Μοριακοί Γενετιστές αρχίζουν να επιβεβαιώνονται και σε κλινικό επίπεδο καθώς αρχικά διαπιστώθηκε ότι ενώ οι μελέτες και οι ανασκοπήσεις που αναφερόντουσαν σε παρενέργειες των εμβολίων ανέφεραν πολύ λίγα περιστατικά, στην πράξη οι Κλινικοί Γιατροί ερχόμαστε αντιμέτωποι με πολλές περισσότερες επιπλοκές. Έτσι συγκρίνοντας τις μελέτες διαπιστώσαμε ότι αφορούσαν πολύ μικρό χρονικό διάστημα 3-4 μηνών, ενώ υπήρχαν σε πολλές χώρες παραλείψεις καταχώρησης των ανεπιθύμητων επιπλοκών. Αυτή η διαπίστωση μας γιγαντώθηκε όταν στάλθηκε το Yellow Card Consultancy στο NHS (Ιούνιος 2021) το οποίο ανέφερε ότι μέσα σε 5 μήνες εμβολιασμών, όλα τα εμβόλια ανεξαιρέτως συνδέθηκαν με 1250 Θανάτους και 825.000 σοβαρές επιπλοκές. Εύλογα λοιπόν προέκυψε το ερώτημα για ποιο λόγο κάποιες χώρες να καταχωρούν όλες τις επιπλοκές και να προστατεύουν τους πολίτες τους ενώ αντίθετα κάποιες άλλες να απαξιούν και να προσπαθούν να συγκαλύψουν την όλη εικόνα.

Διαβάζοντας επιπλέον τις προσωρινές και κατεπείγον άδειες κυκλοφορίας των εμβολίων από τον επίσημο Ευρωπαϊκό φορέα φαρμάκων τον EMA, ήρθαμε στο ανατριχιαστικό συμπέρασμα ότι το πρωτόκολλο που χρησιμοποιείται αυτή την στιγμή στη φάση ΙΙΙ των κλινικών μελετών είναι αυτό της τυχαιοποιημένης τυφλής μελέτης με εικονικά σκευάσματα – placebo. Αυτό σημαίνει πολύ απλά ότι κάποιοι συνάνθρωποι μας λαμβάνουν μόνο φυσιολογικό ορό χωρίς να το γνωρίζουν οι ίδιοι παρά μόνον η εταιρεία η ίδια που τυχαιοποιεί τις παρτίδες

της. Εύκολα καταλήγουμε όμως στο συμπέρασμα και εδώ ότι οι επιπλοκές που παρατηρούμε είναι ψευδώς χαμηλότερες καθώς σε κάποιους δίνεται εικονικό εμβόλιο με άγνωστο το μοτίβο της αναλογίας πραγματικού εμβολίου έναντι του εικονικού.

Συλλογίζόμενοι όλα τα ανωτέρω λοιπόν καταλήγουμε ότι οι επιπλοκές των εμβολίων δεν είναι τόσο σπάνιες όσο θέλουν κάποιοι φορείς να πιστεύουμε και από τις επιστημονικές μελέτες που έχουν δημοσιευτεί στους ελάχιστους μήνες μέχρι τώρα αυτές είναι αρκετά σοβαρές έως και θανατηφόρες. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε επιπλοκές όπως θρομβώσεις αγγείων τόσο των άκρων, αλλά δυστυχώς και αγγείων και αρτηριών των σπλάγχχνων. Περιστατικά όπως πνευμονική εμβολή, θρόμβωση φλεβωδών κόλπων του εγκεφάλου με συνοδά εγκεφαλικά επεισόδια, μυοκαρδίτιδα – ενδοκαρδίτιδα, καταστροφή μεγάλων αγγείων, μόνιμη ή μη βλάβη των νεφρών, επίδραση στο αναπαραγωγικό σύστημα και στην κύηση.

Επιπλέον παρατηρούμε πλέον χώρες όπως το Ισραήλ ή το Ηνωμένο Βασίλειο που κατάφεραν υψηλό ποσοστό εμβολιασμών να έρχονται πάλι αντιμέτωπα με αποκλεισμό και νέα μέτρα για αποφυγή διασποράς του SARS – CoV – 2. Επίσης αντίστοιχα σε περιοχές – νησιά της χώρας μας που κατάφεραν αντίστοιχα υψηλά ποσοστά εμβολιασμού παρατηρούμε εκ νέου κρούσματα και μια προστασία που δεν είναι και τόσο επαρκής τελικά.

Κλείνοντας θέλω να καταλήξω ότι συνεχώς δημοσιεύονται νέες μελέτες που αποδομούν τόσο την ασφάλεια των εμβολίων όσο και την αποτελεσματικότητά τους. Θεωρούμε ότι πρέπει να υπάρχει καταγραφή επίσημη και με ζήλο όλων των επιπλοκών στην χώρα μας, να ενημερώνονται οι πολίτες εκτενώς όχι μόνο για τα οφέλη αλλά και για τις επιπλοκές που δεν είναι τόσο σπάνιες πριν εμβολιασθούν και τέλος φυσικά να παύσει η υποχρεωτικότητα. Δεν είναι δυνατόν να επιβάλεις υποχρεωτικότητα για μια ιατρική πράξη σε κανέναν, πόσο μάλλον όταν οι συγκεκριμένες τεχνολογίες αποδεικνύουν καθημερινά πρώτον πόσο επισφαλής είναι και δεύτερον ότι η συγκεκριμένη φιλοσοφία παρασκευής αυτών των εμβολίων απέχει παρασάγγας από τα πραγματικά κριτήρια ωφέλειας των εμβολίων που είναι η διακοπή της μόλυνσης αλλά και της μεταδοτικότητας. Όσο είναι καιρός πρέπει να σταματήσει λοιπόν αυτή η ύβρης διότι η νέμεσις θα είναι καταλυτική για το ανθρώπινο είδος.

Αντιφάσεις και αποφάσεις για τις οποίες απαιτείται άμεση παρέμβαση της Δικαιοσύνης

Όταν η πολιτεία επιβάλλει ευθέως ή πλαγίως τον εμβολιασμό χωρίς συγχρόνως να μπορεί να δώσει διαβεβαιώσεις αν θα ζήσεις ή θα πεθάνεις ή αν θα μείνεις ανάπηρος, τότε τίθεται σοβαρό θέμα Δικαίου, Δημοκρατικότητας και Συνταγματικότητας.

Στην ουσία καταργείται κάθε έννοια δικαίου και κάθε έννοια ελευθερίας και αξιοπρέπειας του ανθρώπου. Εάν η Δικαιοσύνη μείνει αδρανής σε αυτό το φαινόμενο τότε αυτό σημαίνει πλήρη κατάλυση του πολιτισμού και επαναφορά σε καταστάσεις και εποχές που η ανθρωπότητα έχει καταδικάσει και στις οποίες ο άνθρωπος και το ανθρώπινο όν είχαν απολέσει κάθε αξία και κάθε δικαίωμα.

Αξιότιμοι κύριοι Δικαστές και Εισαγγελείς, οφείλετε να προστατεύσετε την Ελληνική κοινωνία από αυτόν τον εγκληματικό και εφιαλτικό παραλογισμό της Ελληνικής Πολιτείας. Καλείστε να αναλάβετε τις ευθύνες σας ως φυλακές της Δικαιοσύνης και της Δημοκρατίας και να προστατεύσετε τους Έλληνες πολίτες από την κρατικά επιβαλλόμενη ευθανασία. Διότι δηλώνει το Ελληνικό Κράτος: «Οφείλεις Έλληνα πολίτη, χάριν της Δημόσιας Υγείας, να εμβολιαστείς. Όμως δεν μπορώ να σου εγγυηθώ πως θα ζήσεις ή πως δεν θα μείνεις ανάπηρος και δεν θα υποστείς άλλες παρενέργειες από το εμβόλιο». Άρα, το ελληνικό κράτος σου επιβάλλει να δεχθείς να αυτοκτονήσεις με τον τρόπο της ρωσικής ρουλέτας με δικαιολογία κάποια αόριστη έννοια Δημόσιας Υγείας.

Διότι αξιότιμοι κύριοι εισαγγελείς και κύριοι δικαστές η αμερόληπτη επιστήμη μας δείχνει πως ο κορωνοϊός αυτός έστω και συνθετικός δεν προκαλεί θνησιμότητα μεγαλύτερη από αυτήν της γρίπης (0,5% παγκόσμια) και μάλιστα μόνο σε ανθρώπους είτε μεγάλης ηλικίας είτε ευπαθείς ανεξαρτήτου ηλικίας με πολλά υποκείμενα νοσήματα. Αυτή η αντίφαση γίνεται ακόμη εφιαλτικότερη και εγκληματικότερη αν λάβουμε υπόψιν μας πως τα επιβαλλόμενα εμβόλια τελούν υπό προσωρινή έγκριση και πειραματικό όπως αναφέρθηκε παραπάνω χαρακτήρα.

Εκείνο που θα πρέπει να γίνει κατανοητό είναι ότι στο αφήγημα περί προστασίας της δημόσιας υγείας θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι τα συγκεκριμένα εμβόλια, τα όποια όπως αναφέρθηκε παραπάνω είναι ακόμα σε πειραματικό στάδιο, με την τεχνολογία με την οποία κατασκευάστηκαν ΔΕΝ επιτελούν τον βασικό σκοπό που γνωρίζουμε από την χρήση όλων των άλλων συμβατικών εμβολίων, με τα οποία σαφέστατα δεν υπάρχει όχι μόνο πρόβλημα αλλά είναι και επιβεβλημένα, καθώς σε αυτούς που θα το κάνουν πρώτον, ΔΕΝ σταματούν την μόλυνση τους από τον συγκεκριμένο ιό και δεύτερον ΔΕΝ σταματούν την μετάδοση του. Το μόνο που κάνουν και αυτό με αρκετούς αστερίσκους που έχουν σχέση με το γενετικό προφίλ του κάθε εμβολιαζόμενου, είναι να περνά ακόμα πιο ελαφριά τη συγκεκριμένη ίωση. Άρα βοηθά, μόνο ΕΑΝ τον βοηθά, τον εμβολιαζόμενο ενώ ο ίδιος συνεχίζει να αποτελεί πηγή μόλυνσης και μεταδοτικότητας όπως και ο μη εμβολιαζόμενος. Πώς λοιπόν εξυπηρετείται η δημόσια υγεία με τον υποχρεωτικό εμβολιασμό; Αυτό είναι κάτι που πρέπει να διερευνηθεί όπως και πώς εξυπηρετήθηκε η Δημόσια Υγεία όταν ο συγκεκριμένος ιός αποτέλεσε πρόφαση για να αφεθούν στο έλεος πολύ πιο θανατηφόρων ασθενειών, όπως ο καρκίνος, τα αυτονάνοσα, τα εγκεφαλικά, τα εμφράγματα κλπ. Ποια είναι η αναλογία λοιπόν κόστους και κέρδους και κατά πόσο συντελέστηκαν αδικήματα; Αυτό είναι κάτι που ΕΣΕΙΣ είσαστε οι αρμόδιοι με νηφαλιότητα να κρίνετε καθώς προκύπτει ότι συντελείται το φαινόμενο να θέλουμε να σώσουμε το δέντρο και να αφήσουμε το υπόλοιπο δάσος να καεί.

Για αυτό αξιότιμοι κ. Εισαγγελείς και Δικαστές, καλείστε να μας απαντήσετε αποφασιστικά εάν θεωρείτε δίκαιο να ζητά η Πολιτεία από τους πολίτες της να δεχθούν σε οιαδήποτε περίπτωση έναν πειραματικό εμβολιασμό που ουδείς τους εξασφαλίζει αν θα ζήσουν ή αν δεν θα μείνουν ανάπηροι έστω και με μικρή πιθανότητα.

Εάν δεν το θεωρείτε δίκαιο τότε οφείλετε να το σταματήσετε.

Οφείλετε επίσης να προστατεύσετε την ελληνική κοινωνία από μια μικρή ομάδα ειδικών, οι οποίοι τελούν μάλιστα υπό δικαστική ασυλία και η οποία μικρή ομάδα ειδικών χωρίς να λαμβάνει υπόψιν της τις προβλέψεις και τις επιστημονικές τεκμηριώσεις δεκάδων συναδέλφων των στην Ελλάδα και διεθνώς για το ανώφελο του εμβολιασμού, τη στιγμή μάλιστα που υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες, επιβάλλουν τον υποχρεωτικό εμβολιασμό ως το μόνο μέσο προστασίας των ανθρώπων από τον κορωνοϊό.

Οφείλετε επίσης να προστατεύσετε την ελληνική κοινωνία από τα στρατευμένα και καλώς πληρωμένα ΜΜΕ, τα οποία επιβάλλουν τον φόβο και τον τρόμο στην ελληνική κοινωνία, παραβιάζοντας κάθε κανόνα της αμερόληπτης δημοσιογραφίας και λογοκρίνοντας κάθε αντίθετη

άποψη. Πραγματικά ως επιστήμονες βεβαιώνουμε πως τα Ελληνικά ΜΜΕ είναι υπεύθυνα ιατρικής παραπληροφόρησης που έχει ως αποτέλεσμα την αναπηρία και τον θάνατο ανθρώπων που τρομοκρατημένοι από τα ΜΜΕ τρέχουν να εμβολιαστούν.

Πειραματικός χαρακτήρας των γενετικών εμβολίων.

Δεν πρέπει ο άνθρωπος να χρησιμοποιηθεί ως πειραματόζωο, ή να χρησιμοποιηθούν παιδιά σαν πειραματόζωα. Είναι ανήθικο. Δεν πρέπει να υπάρξουν νεκροί εξαιτίας των εμβολίων.(Λουκ Μοντανιέ).

(https://youtu.be/U3c_1VNvyyo)

(<https://www.brighteon.com>)

Ξεκινούμε από το κορυφαίο σημείο του συντελούμενου εγκλήματος που είναι ο πειραματικός χαρακτήρας των εμβολίων. Όπως μας προειδοποιούν νομπελίστες επιστήμονες το μέλλον της ανθρωπότητας με αυτά τα γενετικά εμβόλια θα είναι εφιαλτικό. Πειράματα στα οποία υπόκειται το ανθρώπινο σώμα χωρίς να ενημερώνονται οι άνθρωποι είναι βασανισμός και έγκλημα κατά της ανθρωπότητας. Οι εισαγγελείς και οι δικαστές της Ελλάδος οφείλουν να σταματήσουν τώρα το εφιαλτικό αυτό πείραμα διότι αύριο θα είναι αργά. Αλλιώς θα είναι και οι ίδιοι συμμετέτοχοι και συνεργοί σε ένα πρωτόγνωρο εγκληματικό ιατρικό πείραμα πάνω σε όλη την ανθρωπότητα. Οι ίδιες οι φαρμακευτικές εταιρείες μας ενημερώνουν πως τα επιβαλλόμενα εμβόλια δεν έχουν ολοκληρώσει την κλασσική κλινική φάση ΙΙΙ. Μάλιστα ο κλινικός των έλεγχος θα ολοκληρωθεί το 2023 και 2024. Και πως δηλαδή θα ολοκληρωθεί μήπως στις πλάτες των ανυποψίαστων συμπολιτών μας που κάτω από απειλές σπεύδουν να εμβολιαστούν;

Δηλαδή όπως οι ίδιες οι φαρμακευτικές εταιρείες που παρήγαγαν τα γενετικά εμβόλια μας προειδοποιούν, πως είναι πειραματικά με προσωρινή άδεια έκτακτης ανάγκης και πως την ευθύνη για τις παρενέργειες των ή και τους πιθανούς θανάτους την αναλαμβάνουν οι ίδιες οι κυβερνήσεις.

Όπως μας αναφέρει στην ιστοσελίδα του ο EMA

https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/el/QANDA_20_2390

"Στην περίπτωση μιας άδειας χρήσης έκτακτης ανάγκης για την προσωρινή έγκριση της διανομής ενός προϊόντος ως ΜΗ ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥ (άρθρο 5 παράγραφος 2 της οδηγίας 2001/83), η νομοθεσία της ΕΕ ΑΠΑΙΤΕΙ από τα κράτη μέλη να ΑΠΑΛΑΣΣΟΥΝ ΤΟΝ ΠΑΡΑΓΩΓΟ και τον ΚΑΤΟΧΟ της άδειας κυκλοφορίας από ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΣΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ όταν η εν λόγω χρήση έκτακτης ανάγκης συνιστάται ή απαιτείται από το κράτος μέλος."

“ Στην πραγματικότητα, η άδεια χρήσης έκτακτης ανάγκης ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΔΕΙΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ του εμβολίου αλλά άδεια προσωρινής χρήσης του ΜΗ ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥ εμβολίου.

Μια άδεια χρήσης έκτακτης ανάγκης επιτρέπει την προσωρινή χρήση ενός φαρμάκου υπό συγκεκριμένους όρους, όταν συντρέχουν περιστάσεις έκτακτης ανάγκης.

Στην περίπτωση αυτή, ωστόσο, το φάρμακο ΔΕΝ έχει λάβει άδεια κυκλοφορίας και ΔΕΝ μπορεί να διατεθεί στην αγορά, σε αντίθεση με τα όσα ισχύουν για την ΚΑΝΟΝΙΚΗ άδεια κυκλοφορίας.”

Τα εμβόλια αυτά στις Ηνωμένες Πολιτείες έχουν αυτή ακριβώς την άδεια χρήσης, ενώ στην Ευρωπαϊκή Ένωση, τα ίδια ακριβώς προϊόντα έχουν άδεια υπό όρους

Ο κάτοχος μιας τέτοιας άδειας έχει συγκεκριμένες υποχρεώσεις, όπως η ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΕ ΕΞΕΛΙΞΗ ή η διεξαγωγή νέων μελετών εντός

ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΗ ΠΡΟΘΕΣΜΙΑΣ, , προκειμένου να ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΘΕΙ ότι το ισοζύγιο οφέλους/κινδύνου παραμένει θετικό."

Ας δούμε ένα από παράδειγμα για να το καταλάβουμε.

Είμαστε μια αυτοκινητοβιομηχανία και βάζουμε μια γραμμή παραγωγής για ένα νέο αυτοκίνητο σε λειτουργία το βγάζουμε στην κυκλοφορία να το πουλάμε στους ανθρώπους, χωρίς να έχουμε ολοκληρώσει μελέτες ποιότητας και ασφάλειας για καθένα από τα μέρη του τον κινητήρα, τα φρένα και τα ηλεκτρικά συστήματα που σχετίζονται με την ασφάλεια του αυτοκινήτου αλλά και τη δική μας.

Έως τις 10 Ιουλίου, όλα τα εμβόλια κυκλοφορούσαν στην Ευρωπαϊκή Ένωση παρανόμως, λόγω της νομοθεσίας για τους γενετικά μεταλλαγμένους,(τροποποιημένους οργανισμούς). Στις 10 Ιουλίου ψηφίστηκε ο καινούριος κανονισμός

<https://www.europarl.europa.eu/news/en/press-room/20200706IPR82731/parliament-to-allow-covid-19-vaccines-to-be-developed-more-quickly>

“Η επιτροπή πρότεινε έναν κανονισμό για προσωρινή παρέκκλιση - μόνο για την περίοδο κατά την οποία το COVID-19 είναι κατάσταση έκτακτης ανάγκης για τη δημόσια υγεία - από ορισμένες διατάξεις της οδηγίας ΓΤΟ για κλινικές δοκιμές για εμβόλια και θεραπείες COVID-19 που περιέχουν ή αποτελούνται από ΓΤΟ. Η παρέκκλιση πρέπει να ισχύει μόνο για επεμβάσεις που είναι απαραίτητες για τη διεξαγωγή της φάσης κλινικής δοκιμής και για παρηγορητική ή επείγουσα χρήση στο πλαίσιο του COVID-19.

Η παρέκκλιση θα διευκολύνει την ανάπτυξη, την έγκριση και, κατά συνέπεια, τη διαθεσιμότητα εμβολίων και θεραπειών COVID-19.

Όταν συζητήθηκαν την περασμένη εβδομάδα στην Επιτροπή Περιβάλλοντος, Δημόσιας Υγείας και Ασφάλειας των Τροφίμων, τα μέλη συμφώνησαν για την ανάγκη προσαρμογής των κανόνων, αλλά τόνισαν ότι πρέπει να διατηρηθούν τα πρότυπα για την ποιότητα, την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του εμβολίου.

Προσωρινή παρέκκλιση από ορισμένους κανόνες για κλινικές δοκιμές.

Ορισμένα εμβόλια και θεραπείες COVID-19 που έχουν ήδη αναπτυχθεί μπορούν να οριστούν γενετικώς τροποποιημένοι οργανισμοί (ΓΤΟ) και επομένως καλύπτονται από τις σχετικές οδηγίες της ΕΕ για τους ΓΤΟ.

Καθώς οι εθνικές απαιτήσεις για την εκτίμηση των περιβαλλοντικών κινδύνων κλινικών δοκιμών σε φάρμακα που περιέχουν ή αποτελούνται από ΓΤΟ ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ των κρατών μελών, απαιτείται παρέκκλιση από αυτούς τους κανόνες για την αποφυγή σημαντικής καθυστέρησης στην ανάπτυξη εμβολίων και θεραπειών που σώζουν ζωές.

Οι κλινικές δοκιμές για τα εμβόλια COVID-19 είναι ένα χρονοβόρο βήμα πριν από την έγκριση, καθώς πρέπει να διεξαχθούν σε πολλά κράτη μέλη για να διασφαλιστεί ότι οι πληθυσμοί για τους οποίους προορίζονται τα εμβόλια αντιπροσωπεύονται και για τη δημιουργία ισχυρών και αποφασιστικών δεδομένων. Το Κοινοβούλιο ενέκρινε σήμερα έναν νέο κανονισμό με 505 ψήφους υπέρ, 67 και 109 αποχές, μέσω της επείγουσας διαδικασίας , που θα επιτρέψει την ταχύτερη ανάπτυξη εμβολίων και θεραπειών COVID-19.”

Όλες οι φαρμακοβιομηχανίες που παρήγαγαν τα εν λόγω εμβόλια παραδέχονται πως ούτε ασφαλή ούτε αποτελεσματικά είναι όπως μας ενημερώνει ο Έλληνας καθηγητής παιδιατρικής στην Αμερική Π. Καλαμπόκης διαβάζοντας τα ίδια τα έγγραφα των φαρμακευτικών εταιρειών που περιγράφουν το προϊόν των. Διότι όπως αναφέρθηκε οι εμβολιάζομενοι και αρρωσταίνουν και μεταδίδουν τον ιό. Επίσης ο Έλληνας καθηγητής φαρμακολογίας Δημήτρης Κούβελας προειδοποιεί για τις σοβαρές παρενέργειες στα παιδιά και στις εγκύους.

Επίσης οι ίδιες οι εταιρείες παραδέχονται πως δεν έχουν γίνει φαρμακοκινητικές μελέτες που απαιτούνται σαφώς πριν δοθεί σε χρήση το φάρμακο.

Δεν έχουν πραγματοποιηθεί παραδοσιακές φαρμακοκινητικές μελέτες ή μελέτες βιοκατανομής με το υποψήφιο εμβόλιο BNT162b2. Στη μελέτη PF-07302048_06 Jul 20_072424, ο αιτών έχει χρησιμοποιήσει μια ειδική μέθοδο LC-MS / MS για να υποστηρίξει τον ποσοτικό προσδιορισμό των δύο νέων εκδόχων LNP. LNP = LiponanoParticle που μεταφέρει το mRNA.

Όπως αναμενόταν με ένα προϊόν mRNA, η έκφραση λουσιφεράσης ήταν παροδική και μειώθηκε με την πάροδο του χρόνου. Τα σήματα από την ηπατική περιοχή κορυφώθηκαν 6 ώρες μετά την ένεση και μειώθηκαν σε επίπεδα υποβάθρου 48 ώρες μετά την ένεση

Η έκφραση στο ήπαρ υποστηρίζει επίσης τα δεδομένα από τη μελέτη PK αρουραίου και τα ευρήματα στην τοξικολογική μελέτη επαναλαμβανόμενης δόσης αρουραίου που δείχνουν αναστρέψιμη αποβολή ήπατος και αυξημένα επίπεδα GGT.

Πάνω από 48 ώρες, η κατανομή παρατηρήθηκε κυρίως σε ήπαρ, επινεφρίδια, σπλήνα και ωοθήκες, με μέγιστες συγκεντρώσεις να παρατηρούνται 8-48 ώρες μετά τη δόση.

Η συνολική ανάκτηση (% της ενέσιμης δόσης) ραδιοεπισημασμένου LNP + modRNA εκτός της θέσης της ένεσης ήταν μεγαλύτερη στο ήπαρ (έως 21,5%) και ήταν πολύ μικρότερη στη σπλήνα ((1,1%), στα επινεφρίδια ($\leq 0,1\%$) και στις ωοθήκες ($\leq 0,1\%$). *

https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-report_en.pdf

Ενώ σε μία μελέτη βιοκατανομής των Ιαπωνικών ρυθμιστικών αρχών τα νανολιπίδια βρέθηκαν εκτός των υπολοίπων οργάνων και ιστών και στον εγκέφαλο.

<https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab465/6279075>

Επίσης σύμφωνα με τα δεδομένα της Ευρωπαϊκής Ένωσης τα νανολιπίδια διαπερνούν τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και ενέχουν κινδύνους, ακόμη και θρομβώσεων, γνωστό από το 2003.

Σύμφωνα με τις πληροφορίες στην ιστοσελίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, στο τμήμα Nanotechnologies αναφέρει:

https://ec.europa.eu/health/scientific_committees/opinions_layman/en/nanotechnologies/1-3/6-health-effects-nanoparticles.htm#1p0

6. Ποιες είναι οι πιθανές επιβλαβείς επιπτώσεις των νανοσωματιδίων;

6.4 Ποιες είναι οι επιπτώσεις στην υγεία από νανοσωματίδια που χρησιμοποιούνται ως φορείς φαρμάκων;

"Από την άλλη πλευρά, υλικά με πολύ χαμηλή διαλυτότητα ή ικανότητα αποικοδόμησης, θα μπορούσαν να συσσωρευτούν εντός βιολογικών συστημάτων και να παραμείνουν εκεί για μεγάλες χρονικές περιόδους.

Ένα από τα πλεονεκτήματα της χρήσης νανοσωματιδίων για φαρμακευτικά σκευάσματα είναι η πιθανότητα διέλευσης του αιματοεγκεφαλικού φραγμού (BBB). Ωστόσο, αυτό μπορεί επίσης να είναι το σημαντικό μειονέκτημα για τη συστηματική χορήγηση νανοσωματιδίων όσον αφορά την πιθανή τοξικότητα στον εγκέφαλο.

Όταν αξιολογήθηκαν νανοσωματίδια με διαφορετικά χαρακτηριστικά επιφανείας, τα ουδέτερα νανοσωματίδια και οι χαμηλές συγκεντρώσεις ανιονικών νανοσωματιδίων βρέθηκαν να μην έχουν επίδραση στην ακεραιότητα του BBB, ενώ οι υψηλές συγκεντρώσεις ανιονικών νανοσωματιδίων και **κατιονικών νανοσωματιδίων (κατιονικό είναι και το έκδοχο της Pfizer) ήταν τοξικές για τον BBB**. Ως εκ τούτου, το επιφανειακό φορτίο νανοσωματιδίων πρέπει να ληφθεί υπόψη για τοξικότητα και προφίλ διανομής εγκεφάλου (Lockman et al 2004).

Τα επιφανειακά φορτία των νανοσωματιδίων μεταβάλλουν την ακεραιότητα και τη διαπερατότητα του αιματοεγκεφαλικού φραγμού.

Nanoparticle surface charges alter blood-brain barrier integrity and permeability

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15621689/>

Βιβλιογραφικές αναφορές και επικινδυνότητα των νανοσωματιδίων

In vitro παρατηρήσεις με κερατινοκύτταρα, μακροφάγα και μονοκύτταρα αίματος αποκάλυψαν την επαγωγή οξειδωτικού στρες σε αυτά τα κύτταρα μετά από έκθεση σε νανοσωματίδια (Shvedova et al 2003, Brown et al 2004).

Exposure to carbon nanotube material: assessment of nanotube cytotoxicity using human keratinocyte cells

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14514433/>

Calcium and ROS-mediated activation of transcription factors and TNF-alpha cytokine gene expression in macrophages exposed to ultrafine particles

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14555462/>

Λαμβάνοντας υπόψη τα ειδικά χαρακτηριστικά που καταδεικνύονται για τα νανοσωματίδια, οι δοκιμές που συνήθως εκτελούνται για τον προσδιορισμό της τοξικότητας των προϊόντων, μπορεί να μην επαρκούν για την ανίχνευση όλων των πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών των νανοσωματιδίων.

Με βάση τις εμπειρίες στην εισπνοή τοξικολογίας, προτάθηκε μια σειρά δοκιμών για την αξιολόγηση της τοξικότητας των νανοσωματιδίων που χρησιμοποιούνται σε συστήματα διανομής φαρμάκων (Borm και Kreyling 2004).

Toxicological hazards of inhaled nanoparticles--potential implications for drug delivery

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15503438/>

Αυτές περιελάμβαναν δοκιμές για βλάβη των κυττάρων του αίματος μετά από ενδοφλέβια χορήγηση, αποκρίσεις οξείας φάσης ηπατοκυττάρων ή πνευμονικών κυττάρων, δοκιμές διαπερατότητας ενδοθηλιακών κυττάρων, **για αποσταθεροποίηση αθηρωματικών πλακών** σε ζωικά μοντέλα για **αθηροσκλήρωση**, για επιδράσεις στο αυτόνομο νευρικό σύστημα, για επικουρική δραστηριότητα σε

μοντέλο ανοσοποίησης, για ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος με μέτρηση της δραστηριότητας των Τ κυττάρων **και της επαγωγής της κυτοκίνης στους λεμφαδένες**, για τον προσδιορισμό της επιφανειακής δραστηριότητας και της επαγωγής του οξειδωτικού στρες σε κυτταρικές γραμμές, για τοξικότητα σε διάφορες κυτταρικές σειρές *in vitro*, και για βιοαπόσταση.

Ένας μηχανισμός τοξικότητας των νανοσωματιδίων είναι πιθανό να είναι η επαγωγή αντιδραστικών ειδών οξυγόνου και το επακόλουθο οξειδωτικό στρες σε κύτταρα και όργανα.

Ο έλεγχος για την αλληλεπίδραση νανοσωματιδίων με πρωτεΐνες και διάφορους τύπους κυττάρων πρέπει να εξεταστεί ως μέρος της τοξικολογικής αξιολόγησης.

Με εξαίρεση τα αερομεταφερόμενα σωματίδια που μεταφέρονται στον πνεύμονα, οι πληροφορίες σχετικά με τη βιολογική μοίρα των νανοσωματιδίων, συμπεριλαμβανομένης της κατανομής, της συσσώρευσης, του μεταβολισμού και της τοξικότητας για τα όργανα είναι ακόμη ελάχιστες.

3.8.5 Συμπεράσματα

Η μείωση του μεγέθους στη νανοκλίμακα αλλάζει τα χαρακτηριστικά των σωματιδίων, κυρίως λόγω της αυξημένης αναλογίας επιφάνειας προς όγκο. Δεν υπάρχουν ακόμη παραδείγματα για την πρόβλεψη της σημασίας οιασδήποτε από αυτές τις αλλαγές στα χαρακτηριστικά, επομένως η αξιολόγηση της ασφάλειας των νανοσωματιδίων και των νανοδομών δεν μπορεί να βασιστεί στο τοξικολογικό και οικοτοξικολογικό προφίλ του κύριου υλικού που έχει ιστορικά προσδιοριστεί.

Η βιολογική συμπεριφορά των νανοσωματιδίων καθορίζεται από τη χημική σύνθεση, συμπεριλαμβανομένων των επικαλύψεων στην επιφάνεια, της μείωσης του μεγέθους και των αντίστοιχων

Επιπλέον, οι συσσωματώσεις νανοσωματιδίων μπορεί να επηρεάσουν και τη βιολογική τους συμπεριφορά. Η δόση που εκφράζεται ως επιφάνεια ή αριθμός σωματιδίων που χορηγούνται δείχνει καλύτερη σχέση με βιολογικές και / ή τοξικές επιδράσεις από τη δόση που εκφράζεται ως μάζα.

Η βιολογική αξιολόγηση των νανοσωματιδίων και / ή προϊόντων που ενσωματώνουν νανοσωματίδια πρέπει να πραγματοποιείται κατά περίπτωση.

Ένας μηχανισμός τοξικότητας των νανοσωματιδίων είναι πιθανό να είναι η επαγωγή αντιδραστικών ειδών οξυγόνου και το επακόλουθο οξειδωτικό στρες σε κύτταρα και όργανα.

Ο έλεγχος για την αλληλεπίδραση νανοσωματιδίων με πρωτεΐνες και διάφορους τύπους κυττάρων θα πρέπει να εξεταστεί ως μέρος της τοξικολογικής αξιολόγησης.

Με εξαίρεση τα αερομεταφερόμενα σωματίδια που μεταφέρονται στον πνεύμονα, οι πληροφορίες σχετικά με τη βιολογική τύχη των νανοσωματιδίων, συμπεριλαμβανομένης της κατανομής, της συσσώρευσης, του μεταβολισμού και της τοξικότητας για τα όργανα είναι ακόμη ελάχιστες."

Biological fate of nanoparticles in the body

<https://www.chemistryworld.com/news/biological-fate-of-nanoparticles-in-the-body/5451.article#/>

Έρευνες επίσης κατηγορούν τα νανοσωματίδια για εγκεφαλική βλάβη.

Επιστήμονες στο Πανεπιστήμιο του Plymouth απέδειξαν, για πρώτη φορά, ότι τα νανοσωματίδια έχουν θανατηφόρα επίδραση στον εγκέφαλο και σε άλλα μέρη του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Τα νανοσωματίδια μπορεί να προκαλέσουν βλάβη στα νεφρά και τον εγκέφαλο

Nanoparticles cause brain injury in fish

<https://www.sciencedaily.com/releases/2011/09/110919074256.htm>

Nanoparticles can hinder intracellular transport

Τα νανοσωματίδια μπορούν να εμποδίσουν την ενδοκυτταρική μεταφορά

[https://web.archive.org/web/20111006031954/http://www.forskningradet.no:80/en/Newsarticle/Nanoparticles can hinder intracellular transport/1253968188880](https://web.archive.org/web/20111006031954/http://www.forskningradet.no:80/en/Newsarticle/Nanoparticles%20can%20hinder%20intracellular%20transport/1253968188880)

Έτσι, δεν αποκλείονται ούτε οι καρκινογένεσεις αλλά επίσης δεν αποκλείονται άλλες επικίνδυνες παρενέργειες όπως η καταστροφή του νευρικού συστήματος και του εγκεφάλου. Δημοσιευμένες επιστημονικές εργασίες προειδοποιούν μάλιστα πως τα γενετικά αυτά εμβόλια μπορεί να προκαλούν την γνωστή εγκεφαλοπάθεια prion, κάτι που δεν εξασφαλίζεται πως δεν συμβαίνει από τα εν λόγω εμβόλια τα οποία δεν έχουν ελεγχθεί κλινικά και ευρίσκονται σε πειραματικό στάδιο. Θεωρούμε λοιπόν ότι εάν ισχύουν όλα αυτά όταν ανοίξει το κουτί της Πανδώρας, τότε το μικρότερο πρόβλημα που θα έχουμε θα είναι ότι ο ίος του 0,5% καθώς η διαχείριση ενός τόσο μεγάλου αριθμού ασθενών με τις εν λόγω παρενέργειες μέσα στα επόμενα 2 με 3 χρόνια θα είναι αδύνατη καθώς θα πάρει εφιαλτικές διαστάσεις.

Κύριοι εισαγγελείς και κύριοι δικαστές, να θυμάστε ότι η Μοριακή Βιολογία και η Γενετική είναι σχετικά μια νέα επιστημη η οποία έχει προοπτικές να σώσει τον κόσμο από πολλές ασθένειες, αλλά ακόμα υπάρχουν πολλά αναπάντητα ερωτήματα που δημιουργούν μια απίστευτα λεπτή κόκκινη γραμμή μεταξύ της ωφέλειας και του ολέθρου. Εάν αφήσουμε να υποταχτεί η γνώση στο κέρδος, την ύβρη θα την ακολουθήσει η νέμεσις και πιστέψτε μας, όπως λένε και αρκετοί γενετιστές η φυσική επιλογή θα το δείξει σε όλους μας με τον χειρότερο τρόπο που κάνενα σενάριο επιστημονικής φαντασίας δεν έχει ακόμα καταφέρει να το περιγράψει.

Με βάση λοιπόν όλα αυτά η πολιτεία και το υγειονομικό προσωπικό ουδόλως ενημερώνουν ως όφειλαν τους πολίτες που καλούνται να εμβολιαστούν πως πρόκειται περί πειραματικού φαρμάκου. Έτσι παραβιάζεται πλήρως ο κώδικας ιατρικής δεοντολογίας, το Σύνταγμα της Ελλάδος και το Διεθνές Δίκαιο όσον αφορά τα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια του ανθρώπου. Μέχρι σήμερα ο δικαστικός κόσμος κρατά ενοχή σιωπή απέναντι σε αντισυνταγματικές αποφάσεις της κυβέρνησης, η οποία νομοθετεί και αποφασίζει παράνομα και αντισυνταγματικά εναντίον της ελληνικής κοινωνίας. Ο Υπουργός υγείας και το συμβούλιο του πρωθυπουργού έχει αντικαταστήσει την Βουλή και έχουν ακυρώσει το Σύνταγμα και την Δημοκρατία. Στα ΜΜΕ ουδόλως λαμβάνεται υπόψη η φωνή επιστημόνων διεθνούς κύρους οι οποίοι προειδοποιούν για χιλιάδες θανάτων από τα ιατρικά μέτρα και έχουν ήδη αποδειχθεί προφήτες κακών ειδήσεων ενώ το μέλλον μοιάζει να καθίσταται πρωτόγνωρα σκοτεινό. Η δικαιοσύνη οφείλει να πράξει σύμφωνα με το Σύνταγμα και να ζητήσει την σύσταση αμερόληπτων επιτροπών εμπειρογνομόνων με επιστήμονες πέραν των συμβούλων της κυβέρνησης προκειμένου να ελεγχθεί η πραγματική κατάσταση πραγμάτων πριν να είναι πολύ αργά για όλους.

Απαγόρευση σωτήριων φαρμάκων και διάκριση των πολιτών σε δυο κατηγορίες.

«Διαπράττουν έγκλημα κατά της ανθρωπότητας». Ο κ. Γεραπετρίτης βγήκε και είπε πως «μόλις αποκτηθεί η δυνατότητα καθολικού εμβολιασμού, ξεκινούν αμέσως τα προνόμια για τους εμβολιασμένους». Χώρισε δηλαδή αμέσως τους πολίτες σε 2 κατηγορίες.

Καθηγ. Κασιμάτης: Αυτό το πράγμα που έχει κάνει ο κ. Γεραπετρίτης, ο οποίος είναι Συνταγματολόγος-μαθητής μου, είναι έγκλημα κατά της ανθρωπότητας. Το λέω ξεκάθαρα. Η μέθοδος τρομοκράτησης των ΜΜΕ, έχει προβατοποιήσει τον λαό. Τα πρόβατα νοιάζονται για την βοσκή, χωρίς να ξέρουν ότι θα τα σφάζει ο Τσοπάνος.»

(<https://theflagreport.com/kathigitis-q-kasimatis-o-gerapetritis-pou-ypirxe-mathitis-mou-diaprattei-egklima-kata-tis-anthropotitas/>)

Είναι σαφές πως επιχειρείται εντελώς αντισυνταγματικά η διάκριση των πολιτών σε άνισες κατηγορίες. Αυτοί που μπορούν να θεραπεύονται αμέσως από τον κορωνοϊό και σε αυτούς που υποβάλλονται σε ιατρικά πρωτόκολλα θανάτου. Την ίδια στιγμή που το εμβόλιο επιβάλλεται ως το μόνο μέσο άμυνας απέναντι στην πανδημία, η ελληνική πολιτεία μέσω του Ε.Ο.Φ εμποδίζει την χρήση αποτελεσματικών φαρμάκων τα οποία αποδεικνύονται σωτήρια. Μάλιστα Έλληνες επιστήμονες, όπως συμβαίνει με ερευνητές στο νοσοκομείο Παπανικολάου, που έχουν σαφώς παράγει αποτελεσματικές θεραπείες παρακαλούν την πολιτεία για την εξεύρεση οικονομικών πόρων για να εφαρμόσουν τις εν λόγω θεραπείες και να σώζουν αποτελεσματικά τους ανθρώπους που νοσούν από τον κορωνοϊό. Επίσης, το νοσοκομείο Παπαγεωργίου, που είχε τα κονδύλια για την εισαγωγή μονοκλωνικών αντισωμάτων δεν του εκδόθηκε άδεια εισαγωγής και αγοράς των σωτήριων φαρμάκων πάλι από τον Ε.Ο.Φ. Οι αρχιεπίσκοποι Ελλάδος και Αλβανίας θεραπεύθηκαν σε μια ημέρα ενώ ο απλός λαός διασωληνώνεται και καταδικάζεται σε θάνατο. Όμοια και τα περίφημα ιατρικά διαβατήρια διχάζουν την ελληνική κοινωνία σε εμβολιασμένους και ανεμβολίαστους.

Η περίπτωση Γώγου και Τζωρτζίδη

Πρόσφατα παρακολουθήσαμε βίντεο που κυκλοφορεί στο διαδίκτυο (με ημερομηνία Μάιος 2020) στο οποίο υπάρχει η αφήγηση ενός ασθενή που νοσηλεύτηκε τον Απρίλιο του 2020 στο ΠΓΝΠ (Ιατρός Φ. Τζωρτζίδης) και στον οποίο ο κος Χ. Γώγος χορήγησε "φάρμακο" που "τον έκανε καλά".

Περισσότερα στο:

<https://www.youtube.com/watch?v=YKr2t7t6ya4> και εκτενέστερα στο

<https://www.youtube.com/watch?v=3aQHvuyOOOg>

Στο βίντεο αυτό ακούγονται αρκετά ονόματα γιατρών του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου (Κλινική Παθολογίας) που δίνουν το ίδιο "φάρμακο" και κάνουν καλά ασθενείς. Το βίντεο έχει κυκλοφορήσει πλέον αρκετά και υπάρχει και απάντηση του κου Χ. Γώγου αναφορικά με τη θεραπεία που ακολούθησε. Οι περιγραφές του ασθενή στο σχετικό βίντεο και οι απαντήσεις του κου Χ. Γώγου δημιουργούν, ωστόσο, πολλά ερωτήματα.

1. Ο ασθενής υπογράφει, άρα η θεραπεία είναι πειραματική. Άρα υπάρχει πρωτόκολλο στο νοσοκομείο. Πόσοι άλλοι πήραν την ίδια θεραπεία και με τι αποτελέσματα. Γιατί δεν ανακοινώνονται τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης;
2. Στον ασθενή προσφέρεται η θεραπεία ενώ είναι νοσηλεύμενος. Γιατί δεν την χορηγούν οι νοσηλεύτριες της κλινικής (ο ασθενής νοσηλεύόταν). Ποια είναι η οδός χορήγησης της θεραπείας;
4. Ο κος Γώγος έχει δώσει δύο διαφορετικές απαντήσεις αναφορικά με το είδος της θεραπείας:

α. Τασιλζουμάμπη

β. Τασιλζουμάμπη, κορτικοστεροειδή, ρεμδεσιβίρη

Η δεύτερη απάντηση περιέχει προφανές επιστημονικό σφάλμα γιατί τότε (Απρίλιος το 2020) δεν υπήρχε ρεμδεσιβίρη στην ελληνική αγορά/νοσοκομεία

5. Ο ασθενής γίνεται καλά πολύ γρήγορα. Ο ίδιος ασθενής εξηγεί ότι ο κος Γώγος κράτησε μια θεραπεία για αυτόν και ότι συνηθίζεται οι γιατροί να διακρίνουν τους ασθενείς ανάλογα με την ιδιότητά τους. Οι γιατροί δικαιούνται να διακρίνουν τους ασθενείς;

6. Αν η θεραπεία ήταν τόσο αποτελεσματική γιατί δεν δημοσιεύτηκε και δεν έγινε κτήμα της ελληνικής και παγκόσμιας πρακτικής;

Στατιστικές Θανάτου

Που αφήνουν ψυχρά αδιάφορους τους πολιτικούς, τους υγειονομικούς, τους δικαστικούς και όσους άλλους υπευθύνους για τη δημόσια υγεία και για το μέλλον της ελληνικής κοινωνίας.

Κατά τον μήνα Ιούνιο του 2021 παρατηρείται ΑΥΞΗΣΗ ΓΕΝΙΚΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ (εβδομάδες 23η+24η+25η+26η του έτους)
Από την ΕΛΣΤΑΤ προκύπτουν **12.200** θάνατοι στη χώρα (ΕΞΑΙΡΩΝΤΑΣ τους δηλωμένους θανάτους από κορωνοϊό) ενώ τις ίδιες εβδομάδες για κάθε προηγούμενο έτος οι θάνατοι ήταν (ίδια χρονική περίοδο βδομάδων)
2015: 8.354
2016: 9.406
2017: 9.159
2018: 8.615
2019: 9.626
2020: 8.846
Μέσος όρος εξαετίας: **9.001**
ΑΡΑ για το 2021 η μοναδική παράμετρος που ΔΥΝΗΤΙΚΑ και "ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΑ" "ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ" τη γενική θνησιμότητα είναι τα εμβόλια.
Παρατηρούμε μια ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΑΥΞΗΣΗ ΓΕΝΙΚΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ κατά 35% ήτοι 3.200 ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΘΑΝΑΤΟΙ σε σχέση με τον Μέσο όρο εξαετίας για τον μήνα ΙΟΥΝΙΟ.
Ένα ακόμα παράδειγμα πολύ χαρακτηριστικό είναι η νήσος Κάλυμνος. Ο πληθυσμός του νησιού (απογραφής 2011) είναι 15.863
Μέχρι 8.7.21, είχαν γίνει 12.749 (δύο δόσεις) εμβολίου ενώ με μια δόση 13.420
Θάνατοι ως 5.7.21 συνολικά από ληξιαρχείο Καλύμνου 142
Ληξιαρχικές πράξεις θανάτου από ληξιαρχείο Καλύμνου τα προηγούμενα χρόνια.
2015.....166
2016.....198
2017.....173
2018.....157
2019.....169
2020.....194
Μέρος όρος θνησιμότητας 2015-2020 είναι 176 ενώ το 2021 αντιστοιχεί σε 284
Αρα παρατηρούμε ΑΥΞΗΣΗ σε σχέση με τον μέσο όρο βετίας 61% εν μέσω εμβολιαστικής εκστρατείας.

Άρα, όπως προκύπτει από επίσημα στατιστικά στοιχεία στην Ελλάδα. όπως και αλλού. τα εμβόλια έχουν αυξήσει κατακόρυφα τους θανάτους.

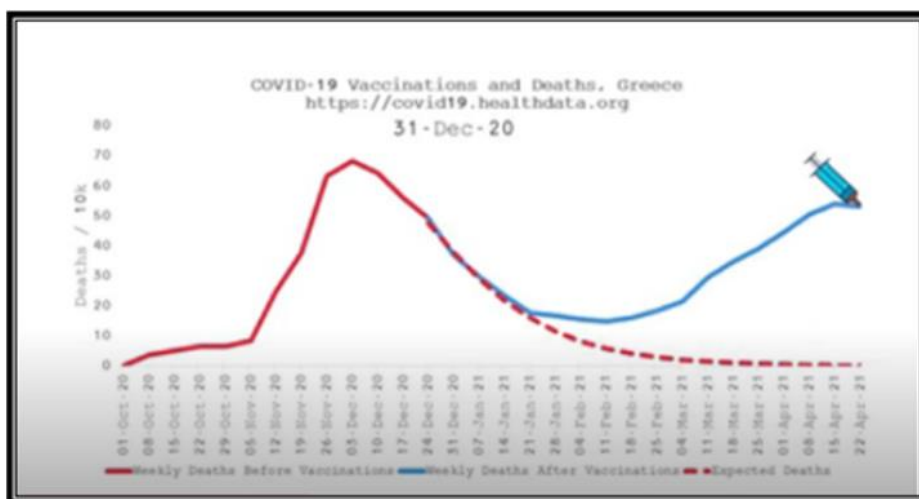
Τα Στατιστικά δεδομένα όπως βλέπουμε

ακόλουθο βίντεο

(https://youtu.be/xSrc_s2Gqfw)

αποδεικνύουν σαφώς πως τα πειραματικά εμβόλια του κορωνοϊού σαφώς προκαλούν, στην Ελλάδα Κύπρο αλλά και διεθνώς, θανάτους υπέρμετρα περισσότερους από τους αναμενόμενους αν δεν επιβάλλονταν τα εμβόλια. Η ανωτέρω εικόνα είναι αντιγραφή από το εν λόγω βίντεο στατιστικών δεδομένων σε παγκόσμια κλίμακα. Αν τα στοιχεία αυτά αληθεύουν και πράγματι αληθεύουν διότι προέρχονται από τις επίσημες κρατικές στατιστικές υπηρεσίες, τότε οι εισαγγελείς της Ελλάδος οφείλουν να δράσουν αυτεπαγγέλτως για να προστατεύουν τον ελληνικό λαό από την επιβαλλόμενη γενοκτονία.

Στην επόμενη εικόνα βλέπουμε την καμπύλη θανάτων στην Ελλάδα μετά τους εμβολιασμούς. Ενώ οι θάνατοι χωρίς τα εμβόλια θα είχαν μειωθεί σε μηδενικές τιμές ο εμβολιασμός τους εκτίναξε στα ύψη.



Πίνακας 1. Εβδομαδιαία εξέλιξη των θανάτων, 2020 και 2021

Εβδομάδα	2020*	2021*	Μεταβολή (%)
1 ^η	2.751	2.645	-3,9
2 ^η	2.923	2.488	-14,9
3 ^η	2.863	2.648	-7,5
4 ^η	2.774	2.621	-5,5
5 ^η	2.990	2.492	-16,7
6 ^η	2.850	2.463	-13,6
7 ^η	2.782	2.529	-9,1
8 ^η	2.469	2.666	8,0
9 ^η	2.545	2.722	7,0
10 ^η	2.645	2.654	0,3
11 ^η	2.594	2.782	7,2
12 ^η	2.548	2.756	8,2
13 ^η	2.439	2.928	20,0
14 ^η	2.454	2.897	18,1
15 ^η	2.362	2.968	25,7
16 ^η	2.268	2.662	17,4
17 ^η	2.203	2.801	27,1
18 ^η	2.307	2.933	27,1
19 ^η	2.128	2.434	14,4
20 ^η	2.474	2.495	0,8
21 ^η	2.329	2.580	10,8
22 ^η	1.961	2.307	17,6
Σύνολο	55.659	58.471	5,05

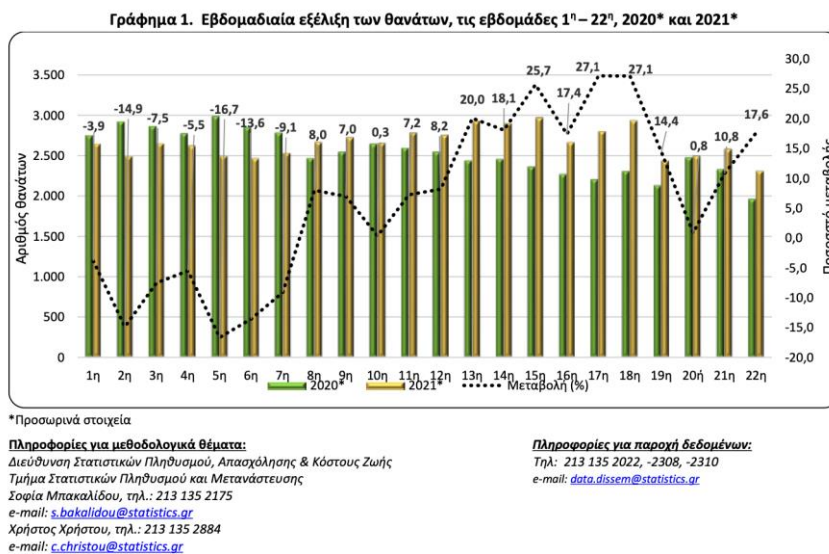
Πίνακας 2. Θάνατοι τις εβδομάδες 1^η - 22^η, 2015 - 2021 (αθροιστική σειρά)

Εβδομάδα/Έτος	2015	2016	2017	2018	2019	2020*	2021*	Μέσος
1η	2.645	2.637	3.425	2.533	2.706	2.751	2.645	2.783
1η - 2η	5.658	5.275	7.105	4.986	5.811	5.674	5.133	5.752
1η - 3η	8.711	7.876	10.469	7.331	8.850	8.537	7.781	8.629
1η - 4η	11.776	10.528	13.551	9.879	11.710	11.311	10.402	11.459
1η - 5η	14.554	13.177	16.553	12.484	14.603	14.301	12.894	14.279
1η - 6η	17.219	15.771	19.343	15.041	17.375	17.151	15.357	16.983
1η - 7η	19.770	18.207	22.018	17.510	19.938	19.933	17.886	19.563
1η - 8η	22.460	20.422	24.541	20.003	22.598	22.402	20.552	22.071
1η - 9η	25.250	22.561	26.940	22.613	25.367	24.947	23.274	24.613
1η - 10η	27.879	24.809	29.345	25.145	27.886	27.592	25.928	26.941
1η - 11η	30.426	27.064	31.789	27.560	30.356	30.186	28.710	29.442
1η - 12η	32.883	29.249	34.247	29.890	32.747	32.734	31.466	31.958
1η - 13η	35.259	31.508	36.500	32.355	35.079	35.173	34.394	34.296
1η - 14η	37.649	33.783	38.863	34.596	37.492	37.627	37.291	36.668
1η - 15η	40.057	36.010	41.226	36.945	39.804	39.989	40.259	39.005
1η - 16η	42.483	38.110	43.593	39.264	42.024	42.257	42.921	41.289
1η - 17η	44.723	40.191	45.918	41.439	44.427	44.460	45.722	43.526
1η - 18η	47.010	42.437	48.183	43.665	46.787	46.767	48.655	45.808
1η - 19η	49.337	44.646	50.342	45.645	49.110	48.895	51.089	47.996
1η - 20η	51.352	46.767	52.372	47.757	51.378	51.369	53.584	50.166
1η - 21η	53.427	48.794	54.385	49.778	53.588	53.698	56.164	52.278
1η - 22η	55.368	50.993	56.597	52.001	55.869	55.659	58.471	54.415
Μεταβολή (%)		-7,90	10,99	-8,12	7,44	-0,38	5,05	

*Προσωπικά στοιχεία

στο

τόσο

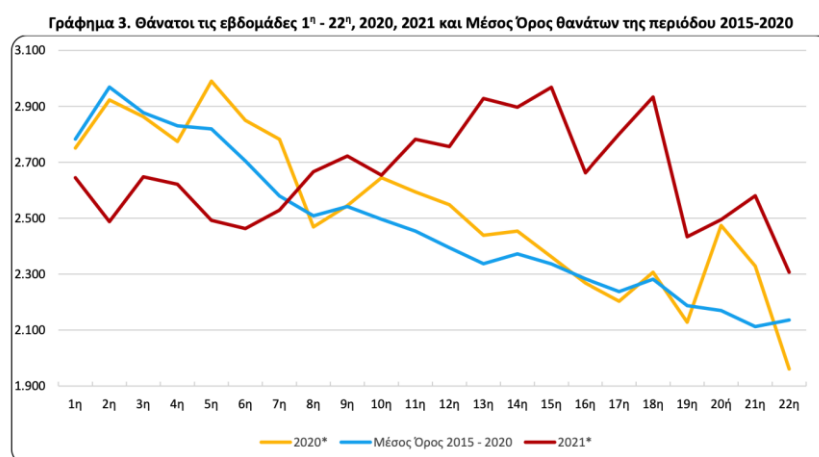


1

Ο πίνακας 1 δείχνει σαφώς την αύξηση θανάτων μετά την 7η εβδομάδα του 2021 έναντι του 2020. Αυτό σαφώς οφείλεται στον εμβολιασμό ο οποίος άρχισε την περίοδο αυτή να εξαπλώνεται στην ελληνική κοινωνία.

Ο πίνακας 2 δείχνει αθροιστικά τους θανάτους κατά τα έτη 2015-2021.

Είναι σαφές ότι μέχρι το 2020 ακόμη και με την λεγόμενη πανδημία οι θάνατοι μένουν στα ίδια επίπεδα. Αντίθετα το 2021 παρατηρείται σαφής αύξηση των θανάτων έναντι όλων των προηγούμενων ετών.



Όπως δείχνουν τα ανωτέρω επίσημα στατιστικά στοιχεία οι θάνατοι πριν την εφαρμογή του εμβολιασμού ήσαν σαφώς λιγότεροι ακόμη και με την πανδημία του κορωνοϊού. Αντίθετα οι εμβολιασμοί εκτινάσσουν τους θανάτους πολύ πάνω από τα προηγούμενα έτη ακόμη και με κορωνοϊό. Μάλιστα τα δεδομένα θνησιμότητας του 2020 παρουσία ακόμη και της περίφημης πανδημίας του κορωνοϊού ήσαν όμοια με αυτά των προηγούμενων χρόνων. Δηλαδή όπως έχουν

επισημάνει πολλοί επιστήμονες η θνησιμότητα του κορωνοϊού ήταν εντελώς ίση με την θνησιμότητα της γρίπης και άλλων ιώσεων.

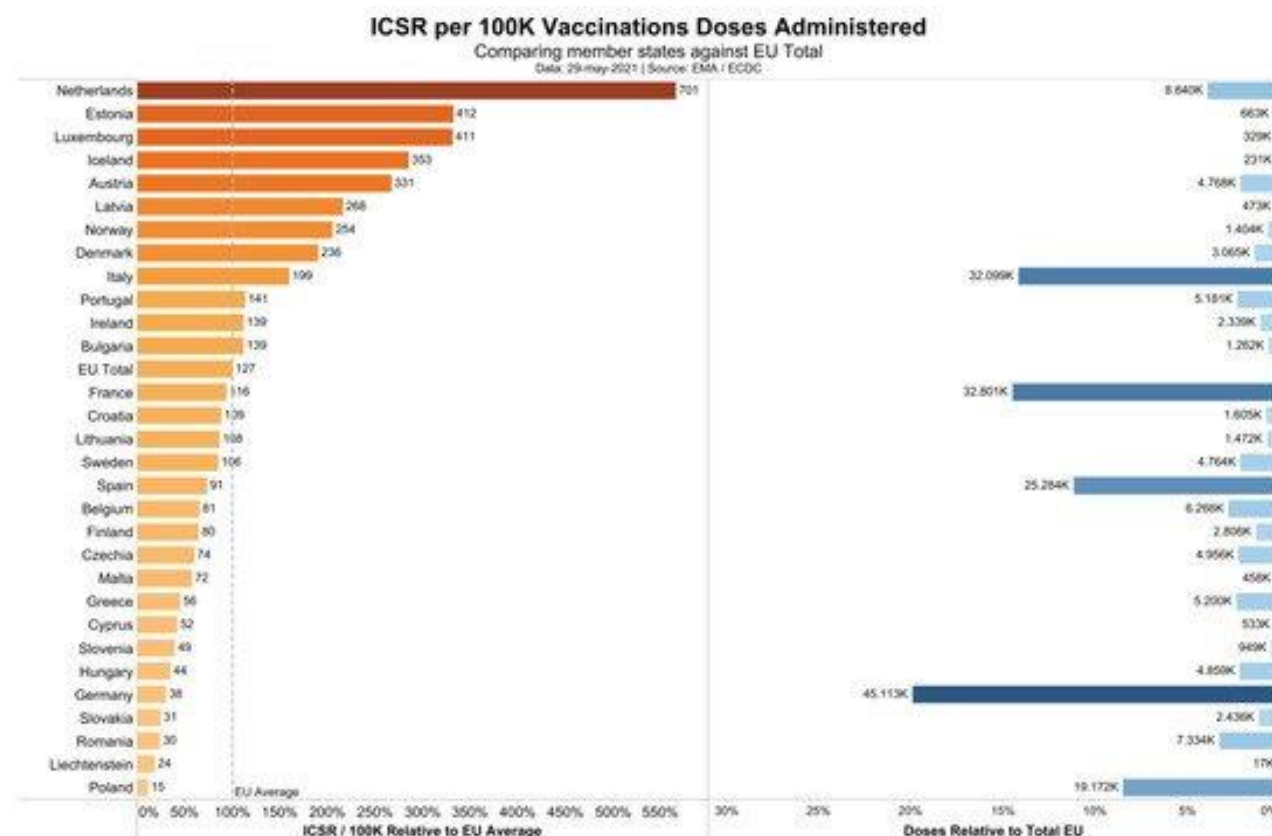
Επίσης όπως παρατηρούμε στους πίνακες 1, 2 στις πρώτες εβδομάδες του 2021 που δεν έχει εξαπλωθεί ο εμβολιασμός οι θάνατοι είχαν μειωθεί σε σχέση με το 2020. Αντίθετα μετά την εξάπλωση του εμβολιαστικού εγκλήματος οι θάνατοι υπερέβησαν κατά πολύ τους αντίστοιχους θανάτους το 2020. Επίσης όπως παρατηρούμε στο γράφημα 3 οι θάνατοι στις πρώτες ομάδες του 2021 είναι σαφώς πολύ μικρότεροι από τους θανάτους όλων των προηγούμενων χρόνων. Δηλαδή αν δεν ακολουθούσαμε την εγκληματική εφαρμογή των εμβολιασμών θα είχαν σωθεί χιλιάδες άνθρωποι που πέθαναν εξαιτίας των εμβολιασμών. Όμοια στατιστικά στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ δείχνουν πως το πρώτο εξάμηνο του 2020 εν μέσω πανδημίας οι θάνατοι ήσαν λιγότεροι από τους αντίστοιχους θανάτους στο πρώτο εξάμηνο του 2019 όπου δεν υπήρχε πανδημία. Όλα αυτά δείχνουν τον σκηνοθετημένο και πλαστό χαρακτήρα της πανδημίας του κορωνοϊού.

Η δικαιοσύνη οφείλει να επιλειφθεί του γεγονότος αυτού και να ζητήσει να πραγματοποιηθούν έρευνες πάνω σε όλα τα γεγονότα και τις αποφάσεις της πολιτείας από αμερόληπτες επιστημονικές επιτροπές που δεν ευρίσκονται σε οικονομική εξάρτηση από τις φαρμακοβιομηχανίες.

Παρενέργειες των εμβολίων

Όπως αποδεικνύεται από πολλές μελέτες που δημοσιεύθηκαν σε έγκυρα διεθνή ιατρικά περιοδικά. Τα γενετικά αυτά εμβόλια προκαλούν πολλαπλές ασθένειες, στην καρδιά στον εγκέφαλο και αλλού στο ανθρώπινο σώμα. Κυρίως όμως προκαλούν αλλαγή στην γενετική ταυτότητα του ανθρώπου η οποία προστατεύεται από διεθνείς συνθήκες και τα εθνικά συντάγματα.

Το παρακάτω διάγραμμα δείχνει αριθμό ανεπιθύμητων ενεργειών σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, όπως καταγράφονται στις υπηρεσίες φαρμακοεπαγρύπνησης.



Τέσσερις πρόσφατες επιστημονικές ανακαλύψεις τίθενται επειγόντως υπόψη σας. Αλλάζουν ολόκληρο το τοπίο της “πανδημίας” COVID-19 και μας αναγκάζουν να επανεκτιμήσουμε τα πλεονεκτήματα του εμβολιασμού κατά του SARS-CoV-2. Οι ταχείες και αποτελεσματικές ανοσολογικές αποκρίσεις τύπου μνήμης εμφανίζονται άμεσα σχεδόν σε όλα τα ανεμβολίαστα άτομα που εκτίθενται στον ιό SARS-CoV-2. Συνεπώς, η αποτελεσματικότητα της περαιτέρω ενίσχυσης της ανοσολογικής απάντησης μέσω εμβολιασμού είναι εξαιρετικά αμφισβητήσιμη. Ο εμβολιασμός μπορεί αντιθέτως να επιδεινώσει τη νόσο μέσω της εξαρτώμενης από τα αντισώματα τόνωσης (antibody-dependent enhancement-ADE).

Εύρημα 1: Η πρωτεΐνη ακίδας SARS-CoV-2 κυκλοφορεί λίγο μετά τον εμβολιασμό

Οι πρωτεΐνες SARS-CoV-2 μετρήθηκαν σε δείγματα πλάσματος που συλλέχθηκαν από 13 συμμετέχοντες οι οποίοι έλαβαν δύο δόσεις του εμβολίου Moderna mRNA-1273 [1]. Σε 11 από τους 13, η πρωτεΐνη ακίδας SARS-CoV-2 ανιχνεύθηκε στο αίμα μέσα σε μία μόνο ημέρα μετά την πρώτη ένεση του εμβολίου.

Σπουδαιότητα. Τα πρωτεϊνικά μόρια Spike παράγονται μέσα σε κύτταρα που έρχονται σε επαφή με την κυκλοφορία του αίματος -κυρίως ενδοθηλιακά κύτταρα- και απελευθερώνονται στην κυκλοφορία. Αυτό σημαίνει ότι α) το ανοσοποιητικό σύστημα θα επιτεθεί σε αυτά τα ενδοθηλιακά κύτταρα και β) τα κυκλοφορούντα μόρια πρωτεΐνης spike θα ενεργοποιήσουν τα θρομβοκύτταρα. Και οι δύο επιδράσεις θα ευνοήσουν την πήξη του αίματος. Αυτό εξηγεί τα πολλά ανεπιθύμητα συμβάντα που σχετίζονται με την πήξη -εγκεφαλικό επεισόδιο, καρδιακή προσβολή, φλεβική θρόμβωση- που αναφέρονται μετά τον εμβολιασμό.

Εύρημα 2: Ταχεία, μνημονικού τύπου αντισωματική απόκριση μετά τον εμβολιασμό

Αρκετές μελέτες έχουν καταδείξει ότι τα κυκλοφορούντα ειδικά για τον SARS-CoV-2 αντισώματα IgG και IgA έγιναν ανιχνεύσιμα εντός 1-2 εβδομάδων μετά την χορήγηση εμβολίων mRNA [1-3].

Σπουδαιότητα. Η ταχεία παραγωγή IgG και IgA υποδηλώνει πάντα μια δευτερογενή, μνημονικού τύπου απάντηση που προκαλείται μέσω της εκ νέου διέγερσης των προϋπαρχόντων ανοσοκυττάρων. Οι πρωτογενείς ανοσολογικές αποκρίσεις σε νέα αντιγόνα χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να εξελιχθούν και αρχικά παράγουν αντισώματα IgM, τα οποία στη συνέχεια ακολουθούνται από την αλλαγή ισotyπου σε IgG και IgA.

Πράγματι, σε ορισμένες μελέτες ανιχνεύθηκε μια ορισμένη ποσότητα IgM μαζί με IgG και IgA [1,4]. Είναι σημαντικό, ωστόσο, ότι η IgG αυξήθηκε ταχύτερα από την IgM [4], γεγονός που επιβεβαιώνει ότι η πρώιμη απόκριση IgG ήταν πράγματι τύπου μνήμης. Αυτή η

απάντηση μνήμης υποδηλώνει προϋπάρχουσα, διασταυρούμενη ανοσία λόγω προηγούμενης μόλυνσης με συνήθη στελέχη του αναπνευστικού ανθρώπινου κοροναϊού. Η καθυστερημένη απόκριση IgM αντιπροσωπεύει πιθανότατα μια πρωτογενή απόκριση σε νέους επιτόπους που είναι ειδικοί για τον SARS-CoV-2.

Αποκρίσεις τύπου μνήμης έχουν επίσης τεκμηριωθεί όσον αφορά την Τ-κυτταροδιαμεσολαβούμενη ανοσία [5-7]. Συνολικά, τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι το ανοσοποιητικό μας σύστημα αναγνωρίζει αποτελεσματικά τον SARS-CoV-2 ως “γνωστό” ακόμη και κατά την πρώτη επαφή. Συνεπώς, οι σοβαρές εμφανίσεις της νόσου δεν μπορούν να αποδοθούν στην έλλειψη ανοσίας. Αντίθετα, οι σοβαρές περιπτώσεις μπορεί κάλλιστα να προκαλούνται ή να επιδεινώνονται από την προϋπάρχουσα ανοσία μέσω της ενίσχυσης των αντισωμάτων (ADE, βλ. παρακάτω).

Εύρημα 3: Ο SARS-CoV-2 προκαλεί ισχυρές προσαρμοστικές ανοσολογικές αποκρίσεις ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα της νόσου

Αναφέρθηκαν προφίλ αντισωμάτων στον ορό για 203 άτομα μετά από λοίμωξη SARS-CoV-2 [8]. 202 (>99%) των συμμετεχόντων εμφάνισαν ειδικά αντισώματα SARS-CoV-2. Σε 193 άτομα (95%), τα αντισώματα αυτά εμπόδισαν τη μόλυνση SARS-CoV-2 σε κυτταρική καλλιέργεια και ανέστειλαν επίσης τη σύνδεση της πρωτεΐνης ακίδας στον υποδοχέα ACE2. Επιπλέον, οι ειδικές για τον SARS-CoV-2 αποκρίσεις CD8⁺ Τ-κυττάρων ήταν σαφείς και ποσοτικά μετρήσιμες σε 95 από τα 106 (90%) άτομα με θετικό HLA-A2.

Σπουδαιότητα. Η μελέτη αυτή επιβεβαιώνει τον παραπάνω ισχυρισμό ότι η ανοσολογική απόκριση στην αρχική επαφή με τον SARS-CoV-2 είναι τύπου μνήμης. Επιπλέον, δείχνει ότι η αντίδραση αυτή εμφανίζεται σχεδόν σε όλα τα άτομα και ιδιαίτερα και σε εκείνα που δεν εμφανίζουν έκδηλα κλινικά συμπτώματα.

Ο στόχος του εμβολιασμού είναι να διεγείρει την παραγωγή αντισωμάτων έναντι του SARS-CoV-2, αλλά τώρα γνωρίζουμε ότι τέτοια αντισώματα μπορούν και θα παραχθούν γρήγορα από όλους με την παραμικρή πρόκληση από τον ιό, ακόμη και χωρίς εμβολιασμό.

Οι σοβαρές λοιμώξεις των πνευμόνων χρειάζονται πάντα πολλές ημέρες για να εξελιχθούν, πράγμα που σημαίνει ότι αν τα αντισώματα που παράγονται από την αντίδραση μνήμης είναι απαραίτητα, θα εμφανιστούν εγκαίρως. Επομένως, ο εμβολιασμός είναι απίθανο να προσφέρει σημαντικό όφελος όσον αφορά την πρόληψη σοβαρής πνευμονικής λοίμωξης.

Εύρημα 4: Ταχεία αύξηση των αντισωμάτων της πρωτεΐνης spike μετά τη δεύτερη χορήγηση εμβολίων mRNA

Οι τιμές των αντισωμάτων IgG και IgA παρακολουθήθηκαν πριν από τον εμβολιασμό και μετά την πρώτη και τη δεύτερη χορήγηση εμβολίων mRNA [3]. Οι τιμές αντισωμάτων αυξήθηκαν με κάποια καθυστέρηση μετά την πρώτη ένεση, στη συνέχεια σημείωσαν σταθεροποίηση, αλλά αυξήθηκαν και πάλι πολύ σύντομα μετά τη δεύτερη ένεση.

Σπουδαιότητα. Παρόλο που η αντίδραση των αντισωμάτων στην πρώτη ένεση είναι τύπου μνήμης, η μικρή χρονική υστέρηση μετά την ένεση μπορεί να μετριάσει τις ανεπιθύμητες παρενέργειες, επειδή η αφθονία της πρωτεΐνης spike στα κύτταρα των τοιχωμάτων των αιμοφόρων αγγείων και σε άλλους ιστούς μπορεί να έχει ήδη περάσει το μέγιστο επίπεδο όταν καταφτάνουν τα αντισώματα.

Η κατάσταση αλλάζει δραματικά με τη δεύτερη ένεση. Τότε οι ακίδες παράγονται και εκφύονται στην κυκλοφορία του αίματος που ήδη σφύζει τόσο από αντιδραστικά λεμφοκύτταρα όσο και από αντισώματα. Τα αντισώματα θα προκαλέσουν το σύστημα συμπληρώματος[9,10] και επίσης τα ουδετερόφιλα κοκκιοκύτταρα να επιτεθούν στα κύτταρα που φέρουν την πρωτεΐνη spike. Οι πιθανές συνέπειες της ολομέτωπης αυτοεπίθεσης του ανοσοποιητικού συστήματος είναι τρομακτικές.

Εύρημα 5: RNA και ενσωμάτωση στο γενετικό υλικό του ανθρώπου

Αρχές Μαΐου δημοσιεύθηκε ένα πολύ σημαντικό άρθρο στο περιοδικό PNAS που πειραματικά αποδεικνύει τη δυνατότητα ενσωμάτωσης τμημάτων του RNA του ιού SARS-CoV-2 στο γονιδίωμα των ανθρώπινων κυττάρων που προσβάλλει (και συνεπώς και της έκφρασής τους).

<https://www.pnas.org/content/118/21/e2105968118>

Οι ερευνητές βρήκαν ότι σε νεκροτομικό υλικό προσβεβληθέντων από κορωνοϊό παρατηρούνται αλληλουχίες DNA στα πνευμονικά κύτταρα που είναι το αποτέλεσμα αντίστροφης μεταγραφής και ενσωμάτωσης ιικού γενετικού υλικού στο ανθρώπινο.

Αυτό δεν αποδεικνύει ότι το mRNA των εμβολίων κάνει το ίδιο αλλά πλέον μετά από αυτή τη δημοσίευση αυτό πιθανολογείται έντονα.

Ακολουθώ το SCIENCE σχολίασε:

Further evidence supports controversial claim that SARS-CoV-2 genes can integrate with human DNA

<https://www.sciencemag.org/.../further-evidence-offered...>

Εξαρτώμενη από αντισώματα ενίσχυση της νόσου

Όπως περιγράφηκε, οι ανοσοαποκρίσεις τύπου μνήμης εξασφαλίζουν την ταχεία αύξηση των τιμών των αντισωμάτων μετά την αρχική έκθεση στον SARS-CoV-2, καθιστώντας εξαιρετικά αμφίβολο το όφελος της προκαλούμενης από το εμβόλιο αντισωματικής απόκρισης. Ανεξάρτητα από αυτό, δεν θα πρέπει να υποθέσουμε ότι οι υψηλοί δείκτες

αντισωμάτων έναντι του SARS-CoV-2 θα έχουν ως αποτέλεσμα πάντοτε τη βελτίωση της κλινικής έκβασης. Με αρκετές οικογένειες ιών – ιδίως με τον ιό του Δάγκειου πυρετού, αλλά και με τους κορονοϊούς – τα αντισώματα μπορούν να επιδεινώσουν παρά να μετριάσουν τη νόσο. Αυτό συμβαίνει επειδή ορισμένα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος προσλαμβάνουν μικρόβια με αντισώματα και τα καταστρέφουν. Εάν ένα σωματίδιο ιού στο οποίο έχουν συνδεθεί αντισώματα προσληφθεί από ένα τέτοιο κύτταρο, αλλά στη συνέχεια καταφέρει να αποφύγει την καταστροφή, μπορεί αντ’ αυτού να αρχίσει να πολλαπλασιάζεται εντός του κυττάρου. Συνολικά, το αντίσωμα θα έχει τότε ενισχύσει τον πολλαπλασιασμό του ιού. Κλινικά, αυτή η εξαρτώμενη από τα αντισώματα τόνωση (ADE) μπορεί να προκαλέσει μια υπερφλεγμονώδη αντίδραση (μια “καταιγίδα κυτταροκινών”) που θα ενισχύσει τη βλάβη στους πνεύμονες, το ήπαρ και άλλα όργανα του σώματός μας.

Οι προσπάθειες ανάπτυξης εμβολίων για τον αρχικό ιό SARS, ο οποίος είναι στενά συνδεδεμένος με τον SARS-CoV-2, απέτυχαν επανειλημμένα λόγω της ADE. Τα εμβόλια προκάλεσαν αντισώματα, αλλά όταν τα εμβολιασμένα ζώα μολύνθηκαν στη συνέχεια με τον ιό, αρρώστησαν περισσότερο από τα μη εμβολιασμένα ζώα ελέγχου (βλ. π.χ. [11]). Η πιθανότητα εμφάνισης ADE δεν αντιμετωπίστηκε επαρκώς στις κλινικές δοκιμές για κανένα από τα εμβόλια COVID-19. Επομένως, είναι συνετό να αποφεύγεται ο κίνδυνος πρόκλησης ADE μέσω του εμβολιασμού και αντ’ αυτού να στηρίζεται σε αποδεδειγμένες μορφές θεραπείας [12] για την αντιμετώπιση της κλινικά σοβαρής νόσου COVID-19.

Συμπεράσματα

Τα συλλογικά ευρήματα που αναλύθηκαν παραπάνω δείχνουν σαφώς ότι τα οφέλη του εμβολιασμού είναι εξαιρετικά αμφίβολα. Αντίθετα, η βλάβη που προκαλούν τα εμβόλια είναι πολύ καλά τεκμηριωμένη, με περισσότερους από 15.000 θανάτους που σχετίζονται με τον εμβολιασμό να έχουν πλέον καταγραφεί στη βάση δεδομένων ανεπιθύμητων ενεργειών της ΕΕ (EudraVigilance) και περισσότερους από 7.000 θανάτους στο Ηνωμένο Βασίλειο και τις ΗΠΑ [13].

ΟΛΟΙ ΟΙ ΓΙΑΤΡΟΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΟΥΝ ΤΑ ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΓΙΑ ΤΟΝ COVID-19.

Παραπομπές

1. Ogata, A.F. et al. (2021) Circulating SARS-CoV-2 Vaccine Antigen Detected in the Plasma of mRNA-1273 Vaccine Recipients. *Clin. Infect. Dis.* **-:x-x**
2. Amanat, F. et al. (2021) SARS-CoV-2 mRNA vaccination induces functionally diverse antibodies to NTD, RBD and S2. *Cell* **-:x-x**
3. Wisniewski, A.V. et al. (2021) Human IgG and IgA responses to COVID-19 mRNA vaccines. *PLoS One* 16:e0249499

4. Qu, J. et al. (2020) Profile of Immunoglobulin G and IgM Antibodies Against Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2). *Clin. Infect. Dis.* 71:2255-2258
5. Le Bert, N. et al. (2020) SARS-CoV-2-specific T cell immunity in cases of COVID-19 and SARS, and uninfected controls. *Nature* 584:457-462
6. Grifoni, A. et al. (2020) Targets of T Cell Responses to SARS-CoV-2 Coronavirus in Humans with COVID-19 Disease and Unexposed Individuals. *Cell* 181:1489-1501.e15
7. Gallais, F. et al. (2021) Intrafamilial Exposure to SARS-CoV-2 Associated with Cellular Immune Response without Seroconversion. *Emerg. Infect. Dis.* 27:x-x
8. Nielsen, S.S. et al. (2021) SARS-CoV-2 elicits robust adaptive immune responses regardless of disease severity. *EBioMedicine* 68:103410
9. Magro, C.M. et al. (2020) Docked severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 proteins within the cutaneous and subcutaneous microvasculature and their role in the pathogenesis of severe coronavirus disease 2019. *Hum. Pathol.* 106:106-116
10. Magro, C.M. et al. (2021) Severe COVID-19: A multifaceted viral vasculopathy syndrome. *Annals of diagnostic pathology* 50:151645
11. Tseng, C. et al. (2012) Immunization with SARS coronavirus vaccines leads to pulmonary immunopathology on challenge with the SARS virus. *PLoS One* 7:e35421
12. McCullough, P.A. et al. (2021) Pathophysiological Basis and Rationale for Early Outpatient Treatment of SARS-CoV-2 (COVID-19) Infection. *Am. J. Med.* 134:16-22
13. Johnson, L. (2021) Official Vaccine Injury and Fatality Data: EU, UK and US.

Επίδραση στις μελλοντικές γενεές

Καθηγητής Luc Montagnier Νόμπελ Ιατρικής (2008): “Σκανδαλίστηκα που θέλουν να εμβολιάσουν τα παιδιά γιατί με το mRNA αγγίζουμε αληθινά τις μελλοντικές γενιές, μπορεί να έχει επιπτώσεις γι αυτές! Το 10-25 % των εμβολιασμένων θα πεθάνουν. BINTEO – dimpenews.com
(<https://dimpenews.com/2021/05/31/καθηγητής-luc-montagnier-νόμπελ-ιατρικής-2008-σκανδ/>)

Επιστημονικές εργασίες έχουν δείξει πως είναι δυνατόν να υπάρξει εξαιτίας των εμβολίων μετάλλαξη στο ανθρώπινο DNA με αποτέλεσμα την καταστροφή της ανθρώπινης νοημοσύνης και της ανθρώπινης γενετικής ταυτότητας.

Αυτό το γεγονός από μόνο του μας θέτει σε κατάσταση καθολικού συναγερμού προκειμένου να προστατευθεί ο άνθρωπος και ο πολιτισμός από μια εγκληματική διεθνή ομάδα αρρώστων πνευματικά ανθρώπων που θεωρούν τον πλανήτη γη και την ανθρωπότητα δικό των κτήμα και ιδιοκτησία όπου μπορούν μέσω της τεχνολογίας να επιβάλλουν τις οποίες δικές των αποφάσεις καταργώντας κάθε έννοια δικαίου δημοκρατίας και ελευθερίας των ανθρώπων.

Αν σήμερα δε δράσουν οι υπηρέτες της δικαιοσύνης Εισαγγελείς, Δικαστικοί, Δικηγόροι κλπ, θα έχουν οι ίδιοι συμβάλλει αδιαφορώντας στο μεγαλύτερο και ιστορικότερο έγκλημα κατά της ανθρωπότητας, μετά από το οποίο θα καταργηθεί ο πολιτισμός πάνω στον πλανήτη μας.

Εγκληματικές παραλείψεις από δημόσιες υπηρεσίες για την

Δημόσια Υγεία που απαιτούν δικαστική παρέμβαση.

1. Μολονότι οι ίδιες οι εταιρείες που παρήγαγαν τα εμβόλια προειδοποιούν για τον πειραματικό χαρακτήρα των και ενώ δεν υπήρξε επίσημη έγκριση από τον Ε.Ο.Φ, ουδέποτε ενημερώθηκαν περί αυτών οι Έλληνες πολίτες. Μάλιστα η παραπληροφόρηση από τον ίδιο τον πρωθυπουργό και τους συνεργάτες του ότι με τα εμβόλια θα περάσουμε στην ελευθερία από τα μέτρα, θα κτίσουμε τοίχος ανοσίας και θα επανέλθουμε στην κανονικότητα, είναι μέγιστο ψεύδος και σκάνδαλο ιατρικής παραπληροφόρησης για το οποίο πρέπει να επιληφθεί η δικαιοσύνη.

2. Το νοσοκομείο Άγιος Ανδρέας στην Πάτρα είναι ένα λαμπρό παράδειγμα για το πως θα έπρεπε όλα τα νοσοκομεία να αντιμετωπίσουν την πανδημία. Εφάρμοσε δικά του πρωτόκολλα με την ευθύνη του πνευμονολόγου Λεωνίδα Στέλλα και άλλων συναδέλφων του και όχι τα πρωτόκολλα του ΠΟΥ. Έτσι σε χίλιους περίπου νοσηλευθέντες από κορωνοϊό διασωληνώθηκαν μόνο οι 16 και πέθαναν μόνο 8. Γιατί το υπουργείο υγείας και άλλοι υπεύθυνοι για τη δημόσια υγεία δεν αξιοποίησαν αυτή την εμπειρία της Πάτρας; Ποιος ευθύνεται για αυτή την εγκληματική αμέλεια και την εφαρμογή ιατρικών πρωτοκόλλων που έσπειραν τον θάνατο;

3. Συστηματική αποδυνάμωση του ανοσοποιητικού συστήματος. Η τρομοκρατική τηλεόραση που διαρκώς βομβαρδίζει την ελληνική κοινωνία με αρνητικά και τρομοκρατικά μηνύματα θανάτων κρουσμάτων μεταλλάξεων διασωληνώσεων και ό,τι άλλο δημιουργεί ψυχισμό απόγνωσης και προκαλεί κατάρρευση του ανοσοποιητικού συστήματος των ανθρώπων. Ως γνωστόν η ψυχολογία είναι η κυρία αιτία για την αποτελεσματική λειτουργία της ανοσοποίησης και την αποτελεσματική λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Όμως πέρα από την τεράστια σημασία της ψυχολογίας και την ευθύνη των ΜΜΕ που έσπειραν και σπέρνουν ακόμη τον φόβο κατακρημνίζοντας το ανοσοποιητικό σύστημα των ανθρώπων -αρχές και άλλη βασική παράλειψη. Ότι δηλαδή, ενώ πληρώθηκαν τα ΜΜΕ ακριβά για να σπέρνουν τον φόβο, ουδεμία πρόνοια και ουδεμία ενημέρωση υπήρξε εκ μέρους της πολιτείας για την ανάγκη στήριξης του ανοσοποιητικού συστήματος των ανθρώπων με βιταμίνες προβιοτικά ψευδάργυρο κλπ, ώστε να μπορούν να ανθίστανται οι οργανισμοί των στον ιό.

4. Όπως επίσημα, εκπρόσωποι της πολιτείας βεβαιώνουν στους θανάτους λόγω κορωνοϊού ότι συμπεριλαμβάνονται θάνατοι από άλλες αιτίες που συνοδεύονται από θετικό τεστ. Δηλαδή, εδώ έχουμε μια συστηματική παραποίηση της αλήθειας για να δικαιολογηθούν τα μέτρα εγκλεισμού εμβολίων κλπ. Ποιος έχει την ευθύνη, αν όχι οι συγκεκριμένες υπηρεσίες, για αυτήν την παραποίηση και πλαστογράφηση της πραγματικότητας;

5. Στην στατιστική των κρουσμάτων κορωνοϊού παρουσιάζονται παραπλανητικά μόνο οι απόλυτοι αριθμοί, αντίθετα με κάθε στατιστική επιστημονική δεοντολογία. Διότι μόνο το ποσοστό κρουσμάτων προς αριθμό τεστ έχει επιστημονικό νόημα.

6. Η στατιστική υπηρεσία και ο ΕΟΔΥ υπολειτουργούν ως προς την καταγραφή παρενεργειών και θανάτων των εμβολιασμένων συμπολιτών μας. Τα υπάρχοντα στοιχεία δείχνουν σχεδόν μηδενικό αριθμό παρενεργειών και θανάτων αντίθετα από στατιστικές άλλων χωρών με περισσότερο αντικειμενικές στατικές καταγραφές. Μάλιστα τα νούμερα των θανάτων αποδεικνύουν πως αποκρύπτεται η αλήθεια και απαιτείται σαφώς η παρέμβαση της δικαιοσύνης.

7. Οι υπάρχουσες ιατροδικαστικές έρευνες νεκροψιών από θανάτους εμβολιασμένων δείχνουν εικόνες ανεξήγητες ιατρικά από τις γνωστές παθήσεις. Αντίθετα ιατροδικαστικές μελέτες νεκροψιών από κορωνοϊό ανεμβολίαστων ατόμων, δεν ξεχωρίζουν από εικόνες θανάτων στο παρελθόν από άλλες αιτίες.

8. Επείγει επίσης να ελεγχθεί το κατά πόσο οι υπεύθυνοι εμβολιασμού ενημέρωναν ή ενημερώνουν τους υποψήφιους για εμβολιασμό, πρώτον για τον πειραματικό χαρακτήρα των εμβολίων αλλά και για το ότι δεν έχει αποκλειστεί από τις εταιρείες που παρήγαγαν τα εμβόλια, η περίπτωση του φαινομένου ADE, σύμφωνα με το οποίο το ίδιο το εμβόλιο αντί να αναστείλει την δράση του ιού την διευκολύνει προκαλώντας καταστροφικό κατακλυσμό σε όλα τα όργανα του ανθρωπίνου σώματος.

9. Επείγει η εισαγγελική έρευνα για την προκλητική λογοκρισία επιστημόνων διεθνούς κύρους, οι οποίοι, ενώ προειδοποιούν για τον θανάσιμο κίνδυνο που διατρέχει η ανθρωπότητα από τα εμβόλια, όμως αντιθέτως και ενώ θα έπρεπε να ληφθεί σοβαρά υπόψη η προειδοποίηση των αποκλείεται ο λόγος των από κάθε μέσο ενημέρωσης και απαγορεύεται η οποία αναφορά στις επιστημονικές των προειδοποιήσεις.

10. Συνοψίζοντας, όλα τα ανωτέρω γεγονότα δείχνουν την ανάγκη εισαγγελικής έρευνας σε βάθος και σε πλάτος για να διαπιστωθούν οι παραλείψεις και όποια παραποίηση της αλήθειας σε όλα τα επίπεδα διαφύλαξης της Δημόσιας Υγείας και αμερόληπτης παρουσίας των στατιστικών και άλλων στοιχείων σε σχέση με τις παρενέργειες των εμβολίων αλλά και την παραποίηση της αλήθειας από την αρχή της πανδημίας. Ακόμη, πρέπει να υπάρξει πλήρης έλεγχος για την επιστημονική τεκμηρίωση της πανδημίας, για το κατά πόσο δεν ήταν μια σκηνοθετημένη απάτη με παγκόσμιο χαρακτήρα.

Επίλογος

Η οικονομολόγος και πρώην αμερικανίδα Υπουργός Οικονομικών Κατερίνα Ωστιν σε μια βαθυστόχαστη επιστημονική ανάλυσή της μας δίδει όλες τις διαστάσεις του εφιαλτικού εγκλήματος που αυτή την στιγμή συντελείται αφανώς μεν, πραγματικώς δε εναντίον όλης της ανθρωπότητας, από μια εγκληματική ομάδα που κατόρθωσε τις τελευταίες δεκαετίες να ελέγχει τις κυβερνήσεις, το χρήμα και την παγκόσμια οικονομία, την ενέργεια την πληροφορία και την εκπαίδευση.

(<https://www.brighteon.com/089486ee-7a1f-4ffe-a696-2097314b38f2>)

Όπως αναφέρει στην συνέντευξη της η Αμερικανίδα υπουργός, ο αιώτερος στόχος της νεοταξικής και μισάνθρωπης αυτής ελίτ είναι ο απόλυτος έλεγχος των ανθρώπων μέσω της τεχνητής Νοημοσύνης(AI, artificial intelligence). Οι άνθρωποι θα συνδεθούν με τα ανθρωποειδή ρομπότ και μέσω της τεχνητής νοημοσύνης θα εκπαιδεύσουν τα ρομπότ σε όλες τις ανθρώπινες δραστηριότητες. Έτσι οι άνθρωποι θα είναι περιττοί πλέον, αφού όλες οι εργασίες θα διεκπεραιώνονται μέσω των ρομπότ. Συγχρόνως οι άνθρωποι εξαρτώμενοι απολύτως από την τεχνητή νοημοσύνη και αφού θα έχει καταργηθεί η εγχρήματη οικονομία, αυτό θα έχει ολοκληρωθεί μέχρι το 2025, δε θα μπορούν με κανένα τρόπο να αντισταθούν έχοντας απωλέσει όλα τα πολιτικά και συνταγματικά των δικαιώματα. Κυρίως θα έχουν απωλέσει την πνευματική των αυτοτέλεια, αφού το πνεύμα των θα υπόκειται στον πλήρη έλεγχο μέσω της τεχνητής νοημοσύνης και του πλήρους ελέγχου της πληροφορίας και της παιδείας. Τα παιδιά θα χωριστούν από τους γονείς και τις οικογένειές των και θα εκπαιδεύονται αποκλειστικά από το υποταγμένο στην νέα αυτή παγκόσμια τάξη κράτος, το οποίο θα ασκεί πλήρη έλεγχο επί όλων των πολιτών του.

Το ενδιάμεσο στάδιο για την πραγματοποίηση του στόχου αυτού που πρέπει να έχει ολοκληρωθεί το πολύ μέσα σε μια δεκαετία από σήμερα, είναι ο απόλυτος ιατρικός έλεγχος της ανθρωπότητας. Διότι μέσω του φόβου των ιών και των μικροβίων οι άνθρωποι θα υποταχθούν πλήρως στις φαρμακοβιομηχανίες και στο άρρωστο και διαπλεκόμενο ιατρικό κατεστημένο. Μάλιστα, τα

γενετικά εμβόλια αποτελούν ουσιαστικό πείραμα προκειμένου να δοκιμαστεί η ελεγχόμενη γενετική μετάλλαξη και ο γενετικός έλεγχος της ανθρωπότητας. Η εξάρτηση των ανθρώπων από τα εμβόλια θα οδηγήσει άμεσα στην εμφύτευση νανοτεχνολογίας στο ανθρώπινο σώμα προκειμένου να προβλέπονται οι πιθανές ασθένειες και παρενέργειες. Έτσι πολύ εύκολα και μέσω της ιατρικής τρομοκρατίας θα δεχθούν οι άνθρωποι να συνδεθούν πλήρως με την τεχνητή νοημοσύνη και να υποστούν εκουσίως την μετάλλαξη των σε εξάρτημα και εκπαιδευτή των ανθρωποειδών.

Δυστυχώς άριστοι συνεργοί εκτός των πολιτικών των διαπλεκόμενων επιστημόνων και των διαπλεκόμενων δημοσιογράφων και ΜΜΕ, είναι και οι εκκλησιαστικοί άνδρες εκτός ελαχίστων εξαιρέσεων. Μια ζώσα ελπίδα για να σωθεί ο ελληνικός λαός, ο άνθρωπος και ο πολιτισμός είναι οι έχοντες συνείδηση του εγκλήματος άνθρωποι της δικαιοσύνης, εισαγγελείς, δικαστές, δικηγόροι κλπ. Για αυτό η μηνυτήριος αυτή αναφορά αποτελεί και έκκληση προς τον κόσμο της δικαιοσύνης, αφενός μεν να συνειδητοποιήσει το μέγεθος του εγκλήματος, αφετέρου δε να εφαρμόσει τον νόμο και το Σύνταγμα και να σώσει τους ανθρώπους, που σύρονται από τους πολιτικούς, τους δημοσιογράφους και τους στρατευμένους από τις εξαγορασμένες φαρμακοβιομηχανίες επιστήμονες και λοιμοξιολόγους ως πρόβατα επί σφαγή χωρίς να το γνωρίζουν.

Με όσα αναφέρονται εδώ προκύπτει η άμεση ανάγκη τόσο οι εισαγγελείς όσο και οι Δικαστικοί της Ελλάδος να στραφούν κατά παντός υπευθύνου βάσει του Συντάγματος, του Διεθνούς Δικαίου και των διεθνών συνθηκών για τα δικαιώματα και την ελευθερία των ανθρώπων, του ποινικού κώδικα του υπαλληλικού κώδικα και του κώδικα ιατρικής δεοντολογίας και να ελέγξουν ποινικά κάθε υπεύθυνο για ένα ιστορικό έγκλημα κατά της ανθρωπότητας.

Δηλαδή πρέπει να στραφούν και να ερευνήσουν εγκλήματα που λαμβάνουν χώρα

Από:

1. Πολιτικούς άνδρες
2. Υπουργό Υγείας
3. Ε.Ο.Φ
4. Επιστήμονες συμβούλους της Κυβέρνησης
5. Δημοσιογράφους και ΜΜΕ
6. Δημόσιους λειτουργούς της Δημόσιας Υγείας
7. Εκκλησιαστικά πρόσωπα και εκκλησιαστικούς άνδρες
8. Κατά παντός άλλου υπευθύνου που οι ίδιοι ως καθ ύλην αρμόδιοι θα κρίνουν

Επιστημονικό Παράρτημα

Επιστημονικά Τεκμήρια

(<https://dimpenews.com/2021/05/31/καθηγητής-luc-montagnier-νόμπελ-ιατρικής-2008-σκανδ/>)
(https://newtube.app/fake_pandemic/PGKwsd8).
(https://youtu.be/U3c_1VNvyyo)
(<https://www.brighteon.com>)
(<https://thesecretrealtruth.blogspot.com/2021/05/sars-cov-2-sos.html>)
(<https://youtu.be/3QpiUKvBdVc>)
(<https://youtu.be/dZtDquQUEfU>)
(<https://youtu.be/-CCIoE9UMIE>)
(https://youtu.be/Rd0UU7_Rov8)
(<https://youtu.be/N8hW2ULmHug>)
(<https://youtu.be/WbWJ4xIPAkA>)
(<https://www.brighteon.com/628bbdf2-479e-4fe4-b408-7ca82535b028>)
(<https://rumble.com/vgiwqz-27756107.html>)
(<https://www.brighteon.com/089486ee-7a1f-4ffe-a696-2097314b38f2>)
(https://newtube.app/fake_pandemic/PGKwsd8)
(<https://fvtr.wordpress.com/2021/04/28/προειδοποίηση-η-μετα-ανάλυση-65-μελετών/>)
(<https://www.brighteon.com/c3daa86d-4768-4f6e-b91a-aaf936a2dbec>)
(http://oimos-athina.blogspot.com/2021/03/blog-post_30.html)
(<https://youtu.be/9nfivgKdFtl>)
(<https://youtu.be/PiBmKGbIwbw>)
(<https://www.bitchute.com/video/vjJvnJk7MO0O/>)

Myocarditis Occurring After Immunization With mRNA-Based COVID-19 Vaccines

[David K. Shay, MD, MPH1](#); [Tom T. Shimabukuro, MD, MPH, MBA1,2](#); [Frank DeStefano, MD, MPH2](#)

Two reports in the current issue of *JAMA Cardiology* describe cases of acute myocarditis that occurred among persons who received the BNT162b2-mRNA (Pfizer-BioNTech) or mRNA-1273 (Moderna) messenger RNA (mRNA)-based COVID-19 vaccines authorized for use in the US.^{1,2} During the clinical evaluations of these patients, alternative etiologies for myocarditis were not detected.

The first report describes 4 cases of myocarditis with symptom onset 1 to 5 days after receipt of a second dose of mRNA-based COVID-19 vaccine (2 receiving the BNT162b2-mRNA vaccine and 2 receiving the mRNA-1273 vaccine) who were evaluated in a single tertiary care medical center (Duke University Medical Center) that attempted to define its catchment population.¹ Three cases occurred in men aged 23 to 36 years and the fourth in a 70-year-old woman; details about the medical history of the fourth patient were not provided, but she received coronary angiography during her evaluation and no atherosclerosis was found. All presented with severe acute chest pain, had abnormal electrocardiogram results, and had evidence of myocardial injury demonstrated by elevated troponin levels. Cardiac magnetic resonance imaging was performed in these 4 patients on days 3 through 5 after vaccine receipt, and the findings were consistent with acute myocarditis as defined by recent expert consensus guidelines.³

The second, larger case report comes from the US Military Health System and describes 23 individuals with acute myocarditis who presented within 4 days after mRNA-based COVID-19 vaccination.² All patients were male, 22 of 23 were on active duty, and the median (range) age was 25 (20-51) years; 20 cases occurred after receipt of a second dose of an mRNA-based COVID-19 vaccine. Clinical presentations and laboratory findings were similar to those described in the smaller case series¹; 8 of 23 patients in this series received cardiac magnetic resonance imaging, and all 8 demonstrated findings again consistent with acute myocarditis.²

A separate case report published by Marshall et al⁴ provides additional context in a younger population. They report 7 US male adolescents aged 14 to 19 years who presented with myocarditis or myopericarditis within 4 days after receipt of a second dose of the BNT162b2-mRNA COVID-19 vaccine.⁴ These adolescents were found to have elevated troponin levels, abnormal electrocardiogram results, and findings on cardiac magnetic resonance imaging consistent with acute myocarditis.

Although the extent of the search for alternative etiologies for acute myocarditis varied for each patient in these 3 reports,^{1,2,4} no evidence of common causes of acute myocardial injury in healthy persons was found, and findings of tests for enterovirus and adenovirus infection were negative. The striking clinical similarities in the presentations of these patients, their recent vaccination with an mRNA-based COVID-19 vaccine, and the lack of any alternative etiologies for acute myocarditis suggest an association with immunization. Myocarditis or pericarditis were not detected in the clinical trials for these vaccines; however, it is possible that any association is too rare for recognition in a clinical trial enrolling less than several hundred thousand participants. The patients described in these US-based case series had resolution of symptoms or are recovering after receipt of brief supportive care and continue to be monitored during recovery from the acute illness.

What do we know about this possible association between myocarditis and immunization with mRNA-based COVID-19 vaccines, and what remains unclear? Acute onset of chest pain 3 to 5 days after vaccine administration, usually after a second dose, is a typical feature of reported cases and suggests an immune-mediated mechanism.⁵ Myocarditis following receipt of other vaccines is rare and is recognized as causally linked only with smallpox immunization.⁶ For example, myopericarditis has been reported in healthy adults after receipt of replication-competent live vaccinia virus vaccines.⁷ These highly reactogenic smallpox vaccines differ dramatically by composition and by immunologic responses compared with the mRNA-based lipid nanoparticle

vaccines currently in use for prevention of COVID-19. We do not know the specific mechanisms by which immunologic responses to mRNA-based COVID-19 vaccines could lead to myocarditis. Further investigation is critical and should be informed by the fact that most cases occurred following the second dose of a 2-dose series, some in patients with a history of prior COVID-19 infection. We know that infection with SARS-CoV-2 can result in acute cardiac compromise in substantial proportions of hospitalized patients and that it might lead to cardiac magnetic imaging findings suggestive of myocarditis in competitive college athletes with evidence of COVID-19, although the mechanisms that could lead to either direct SARS-CoV-2 viral injury or immunopathologic injury of myocardial tissues are unclear and under active investigation.⁸

None of the US case series reports are population based,^{1,2,4} and therefore, estimating rates of myocarditis following COVID-19 vaccination is problematic. However, based on data available to date, we can say that myocarditis occurring after COVID-19 immunization is rare. Kim et al¹ estimated that more than 560 000 persons in the 6 counties surrounding their tertiary care institution had received 2 doses of an mRNA-based COVID-19 vaccine by April 30, 2021; they detected 4 myocarditis cases by that date.¹ The Military Health System administered more than 2.8 million doses of mRNA-based vaccines through April 30, 2021, and detected 23 myocarditis cases.² Based on the military's extensive experience with vaccinia-associated myocarditis,⁹ it is possible that the military system may be more likely to detect mild myocarditis cases than most civilian medical centers. Among the 436 000 male active-duty military who have received 2 mRNA vaccine doses, Montgomery et al² estimated that 0 to 8 cases of myocarditis might be expected based on US data on the background incidence rate of myocarditis, whereas they detected 19 myocarditis cases in that group.² The most comprehensive data about the risk of myocarditis following immunization with mRNA vaccines comes from Israel. The Israeli Ministry of Health recently posted data describing 121 myocarditis cases occurring within 30 days of a second dose of mRNA vaccine among 5 049 424 persons, suggesting a crude incidence rate of approximately 24 cases per million following a second dose in this subset of their vaccinated population.¹⁰

While more definitive data on the incidence of myocarditis following immunization with mRNA COVID-19 vaccines and associated risk will eventually be provided by large population-based vaccine adverse event monitoring systems, including the US Centers for Disease Control and Prevention Vaccine Safety Datalink,¹¹ several interim conclusions can be offered. Cardiac injury after SARS-CoV-2 infection occurs and may result in severe outcomes.⁸ Based on currently available data, myocarditis following immunization with current mRNA-based vaccines is rare. All possible myocarditis cases should be reported to the US Vaccine Adverse Events Reporting System to help better define the characteristics of this syndrome and its relationship to receipt of mRNA-based COVID-19 vaccines authorized for use in the US. At present, the benefits of immunization in preventing severe morbidity favors continued COVID-19 vaccination, particularly considering the increasing COVID-19 hospitalization rates among adolescents reported during spring 2021.¹² Many questions remain. What modifications to the vaccine schedule, if any, should be considered among persons with a history of possible or confirmed myocarditis after a first dose of COVID-19 vaccine? How should postvaccine myocarditis be managed, particularly given the apparently benign outcomes described thus far and the success of supportive or conservative management alone? How often should follow-up assessments, including repeated cardiac imaging, be performed in these patients, and how might follow-up assessments affect recommendations to avoid vigorous physical activity following the diagnosis of myocarditis? Do all likely cases of acute myocarditis that appear to be uncomplicated require cardiac magnetic resonance imaging for more definitive diagnosis? While the data needed to answer such questions are being collected, there is an opportunity for researchers with expertise in myocarditis to develop a comprehensive, national assessment of the natural history, pathogenesis, and treatment of acute myocarditis associated with receipt of mRNA-based COVID-19 vaccines.

Finally, the Centers for Disease Control and Prevention Advisory Committee on Immunization Practices held a public meeting from June 23 to 25, 2021. On June 23, the committee heard presentations about the epidemiology of myocarditis and pericarditis, an update on COVID-19

vaccine safety, including myocarditis following receipt of mRNA-based COVID-19 vaccines, and a benefit-risk assessment of COVID-19 mRNA vaccination programs in adolescents and young adults. Advisory Committee on Immunization Practices discussions and recommendations are summarized on the Centers for Disease Control and Prevention website.[13](#)

[Back to top](#)

Article Information

Corresponding Author: David K. Shay, MD, MPH, CDC COVID-19 Response Team, US Centers for Disease Control and Prevention, 1600 Clifton Rd NE, MS A-20, Atlanta, GA 30329 (dks4@cdc.gov).

Published Online: June 29, 2021. doi:[10.1001/jamacardio.2021.2821](https://doi.org/10.1001/jamacardio.2021.2821)

Conflict of Interest Disclosures: None reported.

Disclaimer: The findings and conclusions in this report are those of the authors and do not necessarily represent the official position of the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Mention of a product or company name is for identification purposes only and does not constitute endorsement by the CDC.

Additional Contributions: We thank C. Buddy Creech, MD (Vanderbilt Vaccine Research Program, Department of Pediatrics, Vanderbilt University, School of Medicine, Nashville, Tennessee), and Matthew E. Oster, MD (National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia). Neither were compensated for their reviews.

References

1.

Kim HW, Jenista ER, Wendell DC, et al. Patients with acute myocarditis following mRNA COVID-19 vaccination. *JAMA Cardiol*. Published online June 29, 2021. doi:[10.1001/jamacardio.2021.2828](https://doi.org/10.1001/jamacardio.2021.2828)

[ArticleGoogle Scholar](#)

2.

Montgomery J, Ryan M, Engler R, et al. Myocarditis following immunization with mRNA COVID-19 vaccines in members of the US military. *JAMA Cardiol*. Published online June 29, 2021. doi:[10.1001/jamacardio.2021.2833](https://doi.org/10.1001/jamacardio.2021.2833)

[ArticleGoogle Scholar](#)

3.

Ferreira VM, Schulz-Menger J, Holmvang G, et al. Cardiovascular magnetic resonance in nonischemic myocardial inflammation: expert recommendations. *J Am Coll Cardiol*. 2018;72(24):[3158-3176](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.09.072). doi:[10.1016/j.jacc.2018.09.072](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.09.072)[PubMedGoogle ScholarCrossref](#)

4.

Marshall M, Ferguson ID, Lewis P, et al. Symptomatic acute myocarditis in seven adolescents following Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccination. *Pediatrics*. Published online June 4, 2021. doi:[10.1542/peds.2021-052478](https://doi.org/10.1542/peds.2021-052478)[PubMedGoogle Scholar](#)

5.

Stone CA Jr, Rukasin CRF, Beachkofsky TM, Phillips EJ. Immune-mediated adverse reactions to vaccines. *Br J Clin Pharmacol*. 2019;85(12):[2694-2706](https://doi.org/10.1111/bcp.14112). doi:[10.1111/bcp.14112](https://doi.org/10.1111/bcp.14112)[PubMedGoogle ScholarCrossref](#)

6.

Dudley MZ, Halsey NA, Omer SB, et al. The state of vaccine safety science: systematic reviews of the evidence. *Lancet Infect Dis*. 2020;20(5):e80-e89. doi:[10.1016/S1473-3099\(20\)30130-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30130-4)[PubMedGoogle ScholarCrossref](#)

7.

Petersen BW, Damon IK, Pertowski CA, et al. Clinical guidance for smallpox vaccine use in a postevent vaccination program. *MMWR Recomm Rep*. 2015;64(RR-02):1-26.[PubMedGoogle Scholar](#)

8.

Chung MK, Zidar DA, Bristow MR, et al. COVID-19 and cardiovascular disease: from bench to bedside. *Circ Res*. 2021;128(8):1214-1236. doi:[10.1161/CIRCRESAHA.121.317997](https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.121.317997)[PubMedGoogle ScholarCrossref](#)

9.

Engler RJ, Nelson MR, Collins LC Jr, et al. A prospective study of the incidence of myocarditis/pericarditis and new onset cardiac symptoms following smallpox and influenza vaccination. *PLoS One*. 2015;10(3):e0118283. doi:[10.1371/journal.pone.0118283](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118283)[PubMedGoogle Scholar](#)

10.

Surveillance of myocarditis (inflammation of the heart muscle) cases between December 2020 and May 2021. News release. Israeli Ministry of Health; June 6, 2021. Accessed June 22, 2021. <https://www.gov.il/en/departments/news/01062021-03>

11.

McNeil MM, Gee J, Weintraub ES, et al. The Vaccine Safety Datalink: successes and challenges monitoring vaccine safety. *Vaccine*. 2014;32(42):5390-5398. doi:[10.1016/j.vaccine.2014.07.073](https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.07.073)[PubMedGoogle ScholarCrossref](#)

12.

Havers FP, Whitaker M, Self JL, et al; COVID-NET Surveillance Team. Hospitalization of adolescents aged 12–17 years with laboratory-confirmed COVID-19—COVID-NET, 14 states, March 1, 2020–April 24, 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021;70(23):851-857. doi:[10.15585/mmwr.mm7023e1](https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7023e1)[PubMedGoogle ScholarCrossref](#)

13.

US Centers for Disease Control and Prevention. COVID-19 ACIP vaccine recommendations. Accessed June 22, 2021. <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/vacc-specific/covid-19.html>

The Safety of COVID-19 Vaccinations—We Should Rethink the Policy by **Harald Walach** 1,2,3,*, **Rainer J. Klement** 4 and **Wouter Aukema** 5

<https://www.mdpi.com/2076-393X/9/7/693/htm>

1

Poznan University of the Medical Sciences, Pediatric Hospital, 60-572 Poznan, Poland

2

Department of Psychology, University of Witten/Herdecke, 58448 Witten, Germany

3

Change Health Science Institute, 10178 Berlin, Germany

4

Department of Radiation Oncology, Leopoldina Hospital, 97422 Schweinfurt, Germany

5

Independent Data and Pattern Scientist, Brinkenberweg 1, 7351 BD Hoenderloo, The Netherlands

*

Author to whom correspondence should be addressed.

Academic Editor: Ralph J. DiClemente

Vaccines 2021, 9(7), 693; <https://doi.org/10.3390/vaccines9070693>

Received: 2 June 2021 / Revised: 19 June 2021 / Accepted: 21 June 2021 / Published: 24 June 2021

(This article belongs to the Section **COVID-19 Vaccines and Vaccination**)

[Download PDF](#) [Browse Figure](#) [Review Reports](#) [Citation Export](#)

Abstract

Background: COVID-19 vaccines have had expedited reviews without sufficient safety data. We wanted to compare risks and benefits. **Method:** We calculated the number needed to

vaccinate (NNTV) from a large Israeli field study to prevent one death. We accessed the Adverse Drug Reactions (ADR) database of the European Medicines Agency and of the Dutch National Register (lareb.nl) to extract the number of cases reporting severe side effects and the number of cases with fatal side effects. Result: The NNTV is between 200–700 to prevent one case of COVID-19 for the mRNA vaccine marketed by Pfizer, while the NNTV to prevent one death is between 9000 and 50,000 (95% confidence interval), with 16,000 as a point estimate. The number of cases experiencing adverse reactions has been reported to be 700 per 100,000 vaccinations. Currently, we see 16 serious side effects per 100,000 vaccinations, and the number of fatal side effects is at 4.11/100,000 vaccinations. For three deaths prevented by vaccination we have to accept two inflicted by vaccination. Conclusions: This lack of clear benefit should cause governments to rethink their vaccination policy.

Keywords: [SARS-CoV2](#); [COVID-19](#); [vaccination](#); [mRNA-vaccine](#); [number needed to vaccinate](#); [safety](#); [side effects](#); [adverse drug reaction](#); [fatal side effects](#); [EMA](#)

1. Introduction

In the course of the SARS-CoV2 pandemic, new regulatory frameworks were put in place that allowed for the expedited review of data and admission of new vaccines without safety data [1]. Many of the new vaccines use completely new technologies that have never been used in humans before. The rationale for this action was that the pandemic was such a ubiquitous and dangerous threat that it warrants exceptional measures. In due course, the vaccination campaign against SARS-CoV2 has started. To date (18 June 2021), roughly 304.5 million vaccination doses have been administered in the EU (<https://qap.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#distribution-tab> (accessed on 18 June 2021)), mostly the vector vaccination product developed by the Oxford vaccination group and marketed by AstraZeneca, Vaxzevria [2] (approximately 25% coverage in the EU), the RNA vaccination product of BioNTec marketed by Pfizer, Comirnaty [3,4] (approximately 60%), and the mRNA vaccination product developed by Moderna [5] (approximately 10%). Others account for only around 5% of all vaccinations. As these vaccines have never been tested for their safety in prospective post-marketing surveillance studies, we thought it useful to determine the effectiveness of the vaccines and to compare them with the costs in terms of side effects.

2. Methods

We used a large Israeli field study [6] that involved approximately one million persons and the data reported therein to calculate the number needed to vaccinate (NNTV) to prevent one case of SARS-CoV2 infection and to prevent one death caused by COVID-19. In addition, we used the most prominent trial data from regulatory phase 3 trials to assess the NNTV [4,5,7]. The NNTV is the reciprocal of the absolute risk difference between risk in the treated group and in the control group, expressed as decimals. To give an artificial example: An absolute risk difference between a risk of 0.8 in the control group and a risk of 0.3 in the treated group would result in an absolute risk difference of 0.5; thus, the number needed to treat or the NNTV would be $1/0.5 = 2$. This is the clinical effectiveness of the vaccine.

We checked the Adverse Drug Reaction (ADR) database of the European Medicine Agency (EMA: http://www.adrreports.eu/en/search_subst.html#, accessed on 28 May 2021; the COVID-19 vaccines are accessible under “C” in the index). Looking up the number of single cases with side effects reported for the three most widely used vaccines (Comirnaty by BioNTech/Pfizer, the vector vaccination product Vaxzevria marketed by AstraZeneca, and the mRNA vaccine by Moderna) by country, we discovered that the reporting of side effects varies by a factor of 47 (Figure 1). While the European average is 127 individual case safety reports (ICSRs), i.e., cases with side effect reports, per 100,000 vaccinations, the Dutch authorities have registered 701 reports per 100,000 vaccinations, while Poland has registered only 15 ICSRs per 100,000 vaccinations. Assuming that this difference is not due to differential national susceptibility to vaccination side effects, but due to different national reporting standards, we

decided to use the data of the Dutch national register (<https://www.lareb.nl/coronameldingen>; accessed on 29 May 2021) to gauge the number of severe and fatal side effects per 100,000 vaccinations. We compare these quantities to the NNTV to prevent one clinical case of and one fatality by COVID-19.

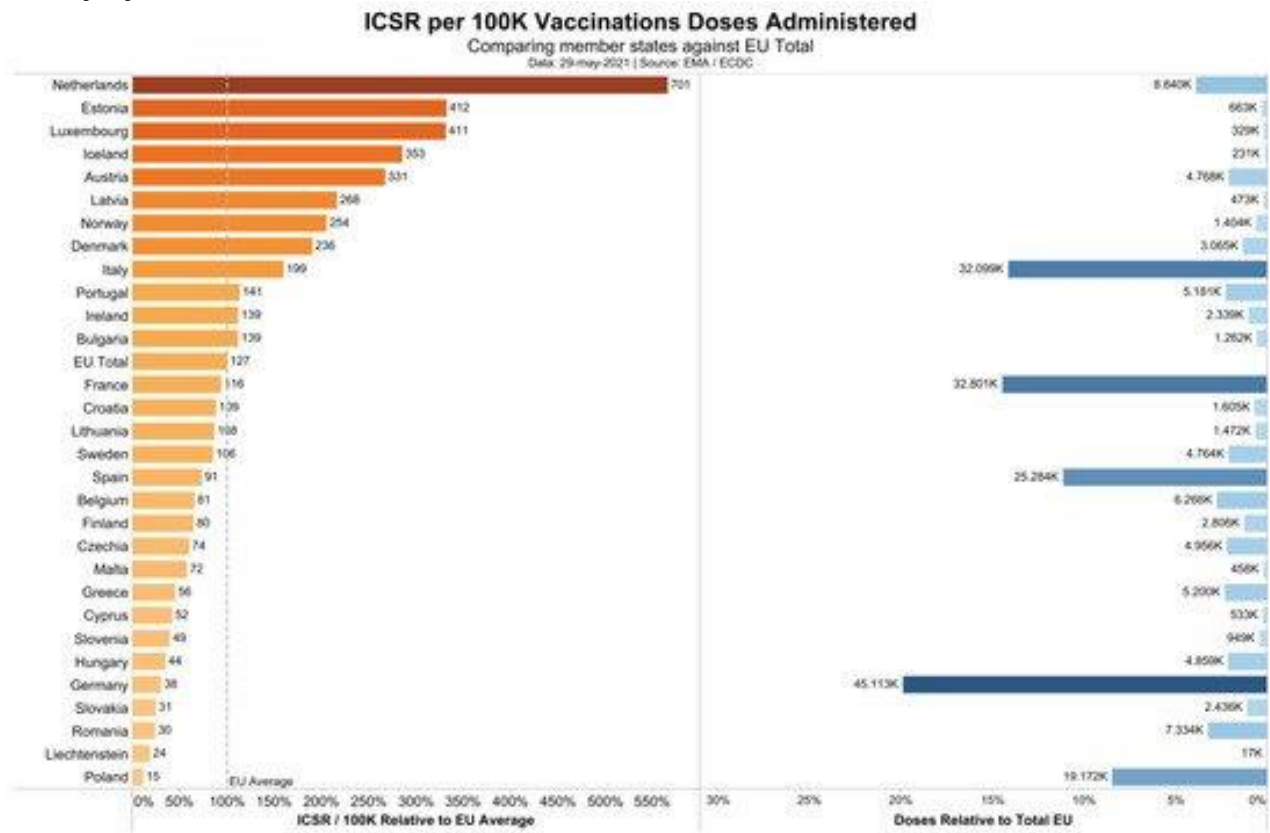


Figure 1. Individual safety case reports in association with COVID 19 vaccines in Europe.

3. Results

Cunningham was the first to point out the high NNTV in a non-peer-reviewed comment: Around 256 persons needed to vaccinate with the Pfizer vaccine to prevent one case [8]. A recent large field study in Israel with more than a million participants [6], where Comirnaty, the mRNA vaccination product marketed by Pfizer, was applied allowed us to calculate the figure more precisely. Table 1 presents the data of this study based on matched pairs, using propensity score matching with a large number of baseline variables, in which both the vaccinated and unvaccinated persons were still at risk at the beginning of a specified period [6]. We mainly used the estimates from Table 1, because they are likely closer to real life and derived from the largest field study to date. However, we also report the data from the phase 3 trials conducted for obtaining regulatory approval in Table 2 and used them for a sensitivity analysis.

Table 1. Risk differences and number needed to vaccinate (NNTV) to prevent one infection, one case of symptomatic illness, and one death from COVID-19. Data from Dagan et al. [6], $N = 596,618$ in each group.

Table 2. Number needed to vaccinate (NNTV) calculated from pivotal phase 3 regulatory trials of the SARS-CoV2 mRNA vaccines of Moderna, BioNTech/Pfizer, and Sputnik (the vector

vaccine of Astra-Zeneca is not contained here, as the study [9] was active-controlled and not placebo-controlled).

It should be noted that in the Israeli field study, the cumulative incidence of the infection, visible in the control group after seven days, was low (Kaplan–Meier estimate <0.5%; Figure 2 in Dagan et al.’s work [6]) and remained below 3% after six weeks. In the other studies, the incidence figures after three to six weeks in the placebo groups were similarly low, between 0.85% and 1.8%. The absolute infection risk reductions given by Dagan et al. [6] translated into an NNTV of 486 (95% CI, 417–589) two to three weeks after the first dose, or 117 (90–161) after the second dose until the end of follow-up to prevent one documented case (Table 1). Estimates of NNTV to prevent CoV2 infection from the phase 3 trials of the most widely used vaccination products [3,4,5] were between 61 (Moderna) and 123 (Table 2) and were estimated to be 256 by Cunningham [8]. However, it should also be noted that the outcome “Documented infection” in Table 1 refers to CoV2 infection as defined by a positive PCR test, i.e., without considering false-positive results [10], so that the outcome “symptomatic illness” may better reflect vaccine effectiveness. If clinically symptomatic COVID-19 until the end of follow-up was used as an outcome, the NNTV was estimated as 217 (95% CI, 154–304).

In the Israeli field study, 4460 persons in the vaccination group became infected during the study period and nine persons died, translating into an infection fatality rate (IFR) of 0.2% in the vaccination group. In the control group, 6100 became infected and 32 died, resulting in an IFR of 0.5%, which is within the range found by a review [11].

Using the data from Table 1, we calculated the absolute risk difference to be 0.00006 (ARD for preventing one death after three to four weeks), which translates into an NNTV of 16,667. The 95% confidence interval spanned the range from 9000 to 50,000. Thus, between 9000 and 50,000 people need to be vaccinated, with a point-estimate of roughly 16,000, to prevent one COVID-19-related death.

For the other studies listed in Table 2, in the case that positive infection was the outcome [7], we calculated the NNTV to prevent one death using the IFR estimate of 0.5%; in the case that clinically positive COVID-19 was the outcome [4,5], we used the case fatality rate estimated as the number of worldwide COVID-19 cases divided by COVID-19 related deaths, which was 2% (<https://www.worldometers.info/coronavirus/> (accessed on 29 May 2021)). In the case of the Sputnik vaccine, one would thus have to vaccinate 22,000 people to prevent one death. In the case of the Moderna vaccine, one would have to vaccinate 3050 people to prevent one death. In the case of Comirnaty, the Pfizer vaccine, 6150 vaccinated people would prevent one death, although using the figure by Cunningham [8], it would be 12,300 vaccinations to prevent one death.

The side effects data reported in the Dutch register (www.lareb.nl/coronameldingen (accessed on 27 May 2021)) are given in Table 3.

Table 3. Individual case safety reports for the most widely distributed COVID-19 vaccines according to the Dutch side effects register (μ)

Thus, we need to accept that around 16 cases will develop severe adverse reactions from COVID-19 vaccines per 100,000 vaccinations delivered, and approximately four people will die from the consequences of being vaccinated per 100,000 vaccinations delivered. Adopting the point estimate of NNTV = 16,000 (95% CI, 9000–50,000) to prevent one COVID-19-related death, for every six (95% CI, 2–11) deaths prevented by vaccination, we may incur four deaths as a consequence of or associated with the vaccination. Simply put: As we prevent three deaths by vaccinating, we incur two deaths.

The risk–benefit ratio looks better if we accept the stronger effect sizes from the phase 3 trials. Using Cunningham’s estimate of NNTV = 12,300, which stems from a non-peer reviewed comment, we arrived at eight deaths prevented per 100,000 vaccinations and, in the best case, 33 deaths prevented by 100,000 vaccinations. Thus, in the optimum case, we risk four deaths to prevent 33 deaths, a risk–benefit ratio of 1:8. The risk–benefit ratio in terms of deaths prevented and deaths incurred thus ranges from 2:3 to 1:8, although real-life data also support ratios as high as 2:1, i.e., twice as high a risk of death from the vaccination compared to COVID-19, within the 95% confidence limit.

4. Discussion

The COVID-19 vaccines are immunologically effective and can—according to the publications—prevent infections, morbidity, and mortality associated with SARS-CoV2; however, they incur costs. Apart from the economic costs, there are comparatively high rates of side effects and fatalities. The current figure is around four fatalities per 100,000 vaccinations, as documented by the most thorough European documentation system, the Dutch side effects register (lareb.nl). This tallies well with a recently conducted analysis of the U.S. vaccine adverse reactions reporting system, which found 3.4 fatalities per 100,000 vaccinations, mostly with the Comirnaty (Pfizer) and Moderna vaccines [12].

Is this a few or many? This is difficult to say, and the answer is dependent on one’s view of how severe the pandemic is and whether the common assumption that there is hardly any innate immunological defense or cross-reactional immunity is true. Some argue that we can assume cross-reactivity of antibodies to conventional coronaviruses in 30–50% of the population [13,14,15,16]. This might explain why children and younger people are rarely afflicted by SARS-CoV2 [17,18,19]. An innate immune reaction is difficult to gauge. Thus, low seroprevalence figures [20,21,22] may not only reflect a lack of herd immunity, but also a mix of undetected cross-reactivity of antibodies to other coronaviruses, as well as clearing of infection by innate immunity.

However, one should consider the simple legal fact that a death associated with a vaccination is different in kind and legal status from a death suffered as a consequence of an incidental infection.

Our data should be viewed in the light of its inherent limitations:

The study which we used to gauge the NNTV was a single field study, even though it is the largest to date. The other data stem from regulatory trials that were not designed to detect maximum effects. The field study was somewhat specific to the situation in Israel, and studies in other countries and other populations or other post-marketing surveillance studies might reveal more beneficial clinical effect sizes when the prevalence of the infection is higher. This field study also suffered from some problems, as a lot of cases were censored due to unknown reasons, presumably due to a loss to follow-up. However, the regulatory studies compensate for some of the weaknesses, and thereby generate a somewhat more beneficial risk–benefit ratio.

The ADR database of the EMA collects reports of different kinds, by doctors, patients, and authorities. We observed (Figure 1) that the reporting standards vary hugely across countries. It might be necessary for the EMA and for national governments to install better monitoring procedures in order to generate more reliable data. Some countries have tight reporting schemes, some report in a rather loose fashion. As we have to assume that the average number of side effects is roughly similar across countries, we would expect a similar reporting quota. However, when inspecting the reports according to countries, we can see a large variance. Our decision to use the Dutch data as a proxy for Europe was derived from this discovery. One might want to challenge this decision, but we did not find any data from other countries being more valid than those used here. Apart from this, our data tallied well with the data from the U.S. CDC vaccine adverse reporting system [12], which indirectly validates our decision.

One might argue that it is always difficult to ascertain causality in such reports. This is certainly true; however, the Dutch data, especially the fatal cases, were certified by medical specialists (<https://www.lareb.nl/media/eacjg2eq/beleidsplan-2015-2019.pdf> (accessed on 29 May 2021)),

page 13: “All reports received are checked for completeness and possible ambiguities. If necessary, additional information is requested from the reporting party and/or the treating doctor. The report is entered into the database with all the necessary information. Side effects are coded according to the applicable (international) standards. Subsequently an individual assessment of the report is made. The reports are forwarded to the European database (Eudravigilance) and the database of the WHO Collaborating Centre for International Drug Monitoring in Uppsala. The registration holders are informed about the reports concerning their product.”).

A recent experimental study showed that the SARS-CoV2 spike protein is sufficient to produce endothelial damage [23]. This provides a potential causal rationale for the most serious and most frequent side effects, namely, vascular problems such as thrombotic events. The vector-based COVID-19 vaccines can produce soluble spike proteins, which multiply the potential damage sites [24]. The spike protein also contains domains that may bind to cholinergic receptors, thereby compromising the cholinergic anti-inflammatory pathways, enhancing inflammatory processes [25]. A recent review listed several other potential side effects of COVID-19 mRNA vaccines that may also emerge later than in the observation periods covered here [26].

In the Israeli field study, the observation period was six weeks, and in the U.S. regulatory studies between four to six weeks, a period commonly assumed to be sufficient to see a clinical effect of a vaccine, because it would also be the time frame within which someone who was infected initially would fall ill and perhaps die. Had the observation period been longer, the clinical effect size might have increased, i.e., the NNTV could have become lower and, consequently, the ratio of benefit to harm could have increased in favor of the vaccines. However, as noted above, there is also the possibility of side effects developing with some delay and influencing the risk–benefit ratio in the opposite direction [26]. This should be studied more systematically in a long-term observational study.

Another point to consider is that initially, mainly older persons and those at risk were entered into the national vaccination programs. It is to be hoped that the tally of fatalities will become lower as a consequence of the vaccinations, as the age of those vaccinated decreases.

However, we do think that, given the data, we should not wait to see whether more fatalities accrue, but instead use the data available to study who might be at risk of suffering side effects and pursue a diligent route.

Finally, we note that from experience with reporting side effects from other drugs, only a small fraction of side effects is reported to adverse events databases [27,28]. The median underreporting can be as high as 95% [29].

Given this fact and the high number of serious side effects already reported, the current political trend to vaccinate children who are at very low risk of suffering from COVID-19 in the first place must be reconsidered.

5. Conclusions

The present assessment raises the question whether it would be necessary to rethink policies and use COVID-19 vaccines more sparingly and with some discretion only in those that are willing to accept the risk because they feel more at risk from the true infection than the mock infection. Perhaps it might be necessary to dampen the enthusiasm by sober facts? In our view, the EMA and national authorities should instigate a safety review into the safety database of COVID-19 vaccines and governments should carefully consider their policies in light of these data. Ideally, independent scientists should carry out thorough case reviews of the very severe cases, so that there can be evidence-based recommendations on who is likely to benefit from a SARS-CoV2 vaccination and who is in danger of suffering from side effects. Currently, our estimates show that we have to accept four fatal and 16 serious side effects per 100,000 vaccinations in order to save the lives of 2–11 individuals per 100,000 vaccinations, placing risks and benefits on the same order of magnitude.

Author Contributions

Conceptualization, H.W.; methodology, H.W.; writing—original draft, H.W.; guarantor, H.W.; checked the analysis for correctness and contributed to the writing. R.J.K.; analysis of the COVID-19 vaccination volumes reported by ECDC and the ICSR reports from EMA and graph production, W.A. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding

This research received no external funding.

Institutional Review Board Statement

This was a study on publicly available data and a secondary analysis, and as such not subject to an ethical review.

Informed Consent Statement

Informed consent was obtained from all subjects involved in the cited studies used in our analysis.

Data Availability Statement

Documentation on how to extract information from the line listings of the ADR-database of the EMA, SQL scripts, and graphical representations is available at <http://www.aukema.org/2021/04/analysis-of-icsr-reports-at-emaeuropaeu.html> (accessed on 22 June 2021).

Conflicts of Interest

The authors declare no conflict of interest.

References

- Arvay, C.G. Genetische Impfstoffe gegen COVID-19: Hoffnung oder Risiko. *Schweiz. Ärztezeitung* 2020, 101, 862–864. [[Google Scholar](#)]
- Ramasamy, M.N.; Minassian, A.M.; Ewer, K.J.; Flaxman, A.L.; Folegatti, P.M.; Owens, D.R.; Voysey, M.; Aley, P.K.; Angus, B.; Babbage, G.; et al. Safety and immunogenicity of ChAdOx1 nCoV-19 vaccine administered in a prime-boost regimen in young and old adults (COV002): A single-blind, randomised, controlled, phase 2/3 trial. *Lancet* 2020, 396, 1979–1993. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
- Walsh, E.E.; Frenck, R.W.; Falsey, A.R.; Kitchin, N.; Absalon, J.; Gurtman, A.; Lockhart, S.; Neuzil, K.; Mulligan, M.J.; Bailey, R.; et al. Safety and Immunogenicity of Two RNA-Based COVID-19 Vaccine Candidates. *N. Engl. J. Med.* 2020, 383, 2439–2450. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Polack, F.P.; Thomas, S.J.; Kitchin, N.; Absalon, J.; Gurtman, A.; Lockhart, S.; Perez, J.L.; Marc, G.P.; Moreira, E.D.; Zerbini, C.; et al. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccine. *N. Engl. J. Med.* 2020, 383, 2603–2615. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
- Baden, L.R.; El Sahly, H.M.; Essink, B.; Kotloff, K.; Frey, S.; Novak, R.; Diemert, D.; Spector, S.A.; Rouphael, N.; Creech, C.B.; et al. Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine. *N. Engl. J. Med.* 2020, 384, 403–416. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
- Dagan, N.; Barda, N.; Kepten, E.; Miron, O.; Perchik, S.; Katz, M.A.; Hernán, M.A.; Lipsitch, M.; Reis, B.; Balicer, R.D. BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccine in a Nationwide Mass Vaccination Setting. *N. Engl. J. Med.* 2021, 384, 1412–1423. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Logunov, D.Y.; Dolzhikova, I.V.; Shcheblyakov, D.V.; Tukhvatulin, A.I.; Zubkova, O.V.; Dzharullaeva, A.S.; Kovyrshina, A.V.; Lubenets, N.L.; Grousova, D.M.; Erokhova, A.S.; et al. Safety and efficacy of an rAd26 and rAd5 vector-based heterologous prime-boost COVID-19 vaccine: An interim analysis of a randomised controlled phase 3 trial in Russia. *Lancet* 2021, 397, 671–681. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
- Cunningham, A.S. Rapid response: COVID-19 vaccine candidate is unimpressive: NNTV is around 256. *BMJ* 2020, 371, m4347. [[Google Scholar](#)]

- Folegatti, P.M.; Ewer, K.J.; Aley, P.K.; Angus, B.; Becker, S.; Belij-Rammerstorfer, S.; Bellamy, D.; Bibi, S.; Bittaye, M.; Clutterbuck, E.A.; et al. Safety and immunogenicity of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine against SARS-CoV-2: A preliminary report of a phase 1/2, single-blind, randomised controlled trial. *Lancet* 2020, 396, 467–478. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
- Klement, R.J.; Bandyopadhyay, P.S. The Epistemology of a Positive SARS-CoV-2 Test. *Acta Biotheor.* 2020. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
- Ioannidis, J.P.A.; Axfors, C.; Contopoulos-Ioannidis, D.G. Population-level COVID-19 mortality risk for non-elderly individuals overall and for non-elderly individuals without underlying diseases in pandemic epicenters. *Environ. Res.* 2020, 188, 109890. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Rose, J. A report on the U.S. vaccine adverse events reporting system (VAERS) on the COVID-19 messenger ribonucleic acid (mRNA) biologicals. *Sci. Public Health Policy Law* 2021, 2, 59–80. [[Google Scholar](#)]
- Edridge, A.W.; Kaczorowska, J.M.; Hoste, A.C.; Bakker, M.; Klein, M.; Jebbink, M.F.; Matser, A.; Kinsella, C.; Rueda, P.; Prins, M.; et al. Seasonal coronavirus protective immunity is short-lasting. *Nat. Med.* 2020, 26, 1691–1693. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Havers, F.P.; Reed, C.; Lim, T.; Montgomery, J.M.; Klena, J.D.; Hall, A.J.; Fry, A.M.; Cannon, D.L.; Chiang, C.F.; Gibbons, A.; et al. Seroprevalence of Antibodies to SARS-CoV-2 in 10 Sites in the United States, March 23–May 12, 2020. *JAMA Intern. Med.* 2020, 180, 1576–1586. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
- Mateus, J.; Grifoni, A.; Tarke, A.; Sidney, J.; Ramirez, S.I.; Dan, J.M.; Burger, Z.C.; Rawlings, S.A.; Smith, D.M.; Phillips, E.; et al. Selective and cross-reactive SARS-CoV-2 T cell epitopes in unexposed humans. *Science* 2020, 370, 89–94. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Doshi, P. COVID-19: Do many people have pre-existing immunity? *BMJ* 2020, 370, m3563. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
- Lavine, J.S.; Bjornstad, O.N.; Antia, R. Immunological characteristics govern the transition of COVID-19 to endemicity. *Science* 2021, 371, 741–745. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
- Brandal, L.T.; Ofitserova, T.S.; Meijerink, H.; Rykkvin, R.; Lund, H.M.; Hungnes, O.; Greve-Isdahl, M.; Bragstad, K.; Nygård, K.; Winje, B.A. Minimal transmission of SARS-CoV-2 from paediatric COVID-19 cases in primary schools, Norway, August to November 2020. *Eurosurveillance* 2021, 26, 2002011. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Ludvigsson, J.F.; Engerström, L.; Nordenhäll, C.; Larsson, E. Open Schools, COVID-19, and Child and Teacher Morbidity in Sweden. *N. Engl. J. Med.* 2021, 384, 669–671. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
- Lorent, D.; Nowak, R.; Roxo, C.; Lenartowicz, E.; Makarewicz, A.; Zaremba, B.; Nowak, S.; Kuszel, L.; Stefaniak, J.; Kierzek, R.; et al. Prevalence of Anti-SARS-CoV-2 Antibodies in Poznań, Poland, after the First Wave of the COVID-19 Pandemic. *Vaccines* 2021, 9, 541. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Ioannidis, J. The infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data. *Bull. World Health Organ.* 2021, 99, 19F–33F. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]