



Antylogika paszportów covidowych

22 czerwca 2021 – Małgorzata Prusak

Już w kwietniu 2020 roku eksperci WHO odradzali wprowadzenie paszportów immunologicznych

- w żadnym badaniu nie oceniano, czy obecność przeciwciał przeciwko SARS-CoV-2 zapewnia odporność na późniejsze zakażenie wirusem SARS-CoV-2
- osoby zakażone innymi szeroko rozpowszechnionymi koronawirusami wywołującymi przeziębienia mogą wytwarzać przeciwciała, które reagują krzyżowo z przeciwciałami wytwarzanymi w odpowiedzi na zakażenie SARS-CoV-2
- właściciele będą zakładać, że są odporni na infekcję (po przechorowaniu lub po szczepionce) i następnie ignorować zalecenia sanitarne, albo nie będą one od nich wymagane
- korzystanie z takich certyfikatów może więc w konsekwencji zwiększyć ryzyko transmisji koronawirusa SARS-CoV-2

Osoby zaszczepione nie są badane na obecność przeciwciał i takich badań się raczej nie zaleca

- producenci szczepionek deklarują, że nie wszystkie osoby zaszczepione są w pełni chronione przed zachorowaniem (i co za tym nie są wyłączone z transmisji wirusa)
- szczepionka zmniejsza ryzyko zachorowania i ciężkiego przebiegu, jednak nie wykluczyła wystąpienia choroby i transmisji wirusa
- stosowanie szczepionek w pewnym stopniu zmniejsza obciążenie systemu służby zdrowia, jednak w przypadku konkretnych osób, samo zaszczepienie nie daje gwarancji, że dana osoba zaszczepiona nie zarazi się, ani że nie będzie zakażać innych.

Nie ma podstaw naukowych do traktowania zaszczepionych jako „bezpiecznych” a niezaszczepionych jako „niebezpiecznych”

W Izraelu na początku 2021 roku przeprowadzono badanie skuteczności szczepionki mRNA na grupie 1,2 mln osób, w tym połowa badanych była zaszczepionych, a druga połowa niezaszczepionych.

Każda z grup liczyła 596 618 osób.

- w grupie osób zaszczepionych udokumentowano 4460 (0,75%) pozytywnych wyników testu na obecność SARS-CoV-2, a w grupie niezaszczepionej 6100 (1,02%);
- objawową infekcję stwierdzono u 2389 (0,4%) osób zaszczepionych i u 3607 (0,6%) niezaszczepionych;
- hospitalizacji wymagało z grupy zaszczepionej 110 osób a z grupy niezaszczepionej 259 osób;
- ciężki przebieg stwierdzono u 55 osób zaszczepionych i u 174 osób niezaszczepionych;
- zmarło 9 osób z grupy zaszczepionej i 32 osoby z grupy niezaszczepionej.

PERSPECTIVE
Pregnant Women with Substance Use Disorders — The Harm Associated with Punitive ...



EDITORIAL
Immunotherapy for MIS-C — IVIG, Glucocorticoids, and Biologics

PERSPECTIVE
Misogyny in Medicine

CLINICAL IMPLICATION
Spike D614G — A Candidate Vaccine Antigen Against ...

Editor's Note: This article was published on February 24, 2021, at NEJM.org.

ORIGINAL ARTICLE

BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass Vaccination Setting

Noa Dagan, M.D., Noam Barda, M.D., Eldad Kepten, Ph.D., Oren Miron, M.A., Shay Perchik, M.A., Mark A. Katz, M.D., Miguel A. Hernán, M.D., Marc Lipsitch, D.Phil., Ben Reis, Ph.D., and Ran D. Balicer, M.D.

- ☰
- 📄
- PDF
- 🔗
- ©
- ⋮

Article **Figures/Media** **Metrics**

[24 References](#) [147 Citing Articles](#) [Letters](#)

Abstract

BACKGROUND

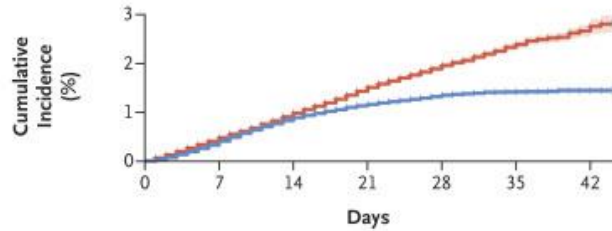
As mass vaccination campaigns against coronavirus disease 2019 (Covid-19) commence worldwide, vaccine effectiveness needs to be assessed for a range of outcomes across diverse populations in a noncontrolled setting. In this study, data from Israel's largest health care

April 15, 2021
N Engl J Med 2021; 384:1412-1423
DOI: 10.1056/NEJMoa2101765

Related Articles

CORRESPONDENCE **MAY 20, 2021**
BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass Vaccination Setting

A Documented SARS-CoV-2 Infection



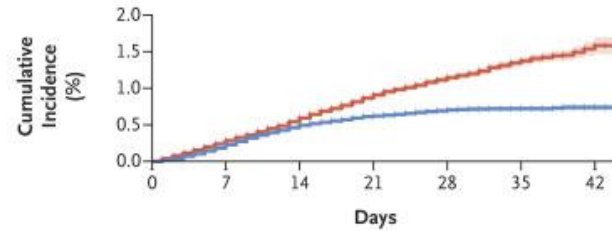
No. at Risk

Unvaccinated	596,618	413,052	261,625	186,553	107,209	37,164	4132
Vaccinated	596,618	413,527	262,180	187,702	108,529	38,029	4262

Cumulative No. of Events

Unvaccinated	0	2362	3971	5104	5775	6053	6100
Vaccinated	0	1965	3533	4124	4405	4456	4460

B Symptomatic Covid-19



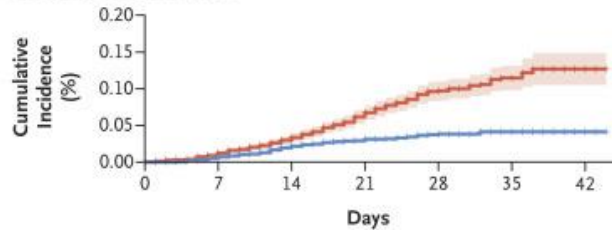
No. at Risk

Unvaccinated	596,618	413,768	262,662	187,784	108,242	37,564	4204
Vaccinated	596,618	414,140	263,179	188,740	109,261	38,299	4288

Cumulative No. of Events

Unvaccinated	0	1419	2393	3079	3433	3582	3607
Vaccinated	0	1103	1967	2250	2373	2387	2389

C Covid-19 Hospitalization



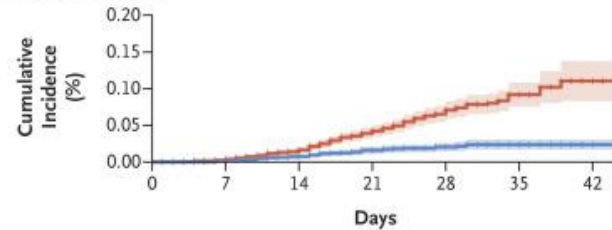
No. at Risk

Unvaccinated	596,618	414,865	264,377	189,808	109,867	38,432	4309
Vaccinated	596,618	414,916	264,482	189,972	110,054	38,561	4321

Cumulative No. of Events

Unvaccinated	0	58	125	198	244	256	259
Vaccinated	0	31	77	98	108	110	110

D Severe Covid-19



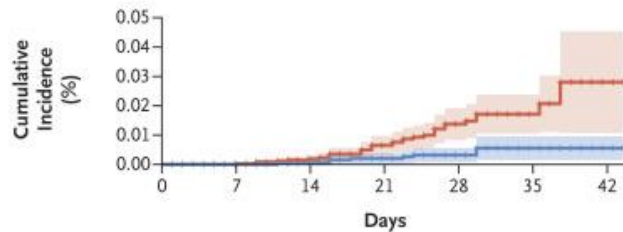
No. at Risk

Unvaccinated	596,618	414,898	264,437	189,874	109,929	38,467	4310
Vaccinated	596,618	414,933	264,516	190,000	110,076	38,571	4322

Cumulative No. of Events

Unvaccinated	0	17	57	114	157	171	174
Vaccinated	0	6	26	45	52	55	55

E Death Due to Covid-19



No. at Risk

Unvaccinated	596,618	414,909	264,479	189,950	110,008	38,510	4316
Vaccinated	596,618	414,938	264,538	190,032	110,101	38,575	4322

Cumulative No. of Events

Unvaccinated	0	1	6	16	27	30	32
Vaccinated	0	0	2	5	7	9	9

Najnowsze badania opublikowane w maju b.r. przez Public Health England wskazują, że między 5 kwietnia a 16 maja br.

- szczepionka firmy Pfizer była skuteczna w 88% (dwa tygodnie po drugiej dawce) w stosunku do indyjskiego wariantu koronawirusa i 93% w stosunku do wariantu angielskiego
- szczepionka firmy AstraZeneca była skuteczna w 60% przeciwko wariantowi indyjskiemu (dwa tygodnie po drugiej dawce) i w 66% przeciwko wariantowi angielskiemu
- Zaszczepienie jedną dawką szczepionki dało tylko 33% ochronę na wariant indyjski i 51% na wariant angielski
- W omawianym badaniu zaobserwowano także, że osoby zaszczepione jedną lub dwoma dawkami częściej zarażały się indyjskim wariantem wirusa niż osoby niezaszczepione.

Zaszczepienie dwiema dawkami nie daje 100% ochrony przed chorobą. Tak samo osoby zaszczepione, jak i nie zaszczepione mogą zachorować i transmitować wirusa.

Effectiveness of COVID-19 vaccines against the B.1.617.2 variant

[Comment on this paper](#)

[Previous](#)

[Next](#)

Posted May 24, 2021.

Jamie Lopez Bernal, Nick Andrews, Charlotte Gower, Eileen Gallagher, Ruth Simmons, Simon Thelwall, Julia Stowe, Elise Tessier, Natalie Groves, Gavin Dabrera, Richard Myers, Colin Campbell, Gayatri Amirthalingam, Matt Edmunds, Maria Zambon, Kevin Brown, Susan Hopkins, Meera Chand, Mary Ramsay

doi: <https://doi.org/10.1101/2021.05.22.21257658>

This article is a preprint and has not been peer-reviewed [what does this mean?]. It reports new medical research that has yet to be evaluated and so should not be used to guide clinical practice.

- Download PDF
- Author Declarations
- Supplementary Material
- Data/Code
- XML
-  Email
-  Share
-  Citation Tools

 Tweet  Lubię to! 708

Abstract | Full Text | Info/History | Metrics |  Preview PDF

COVID-19 SARS-CoV-2 preprints from medRxiv and bioRxiv

Subject Area

Epidemiology

Abstract

Background The B.1.617.2 COVID-19 variant has contributed to the surge in cases in India and has now been detected across the globe, including a notable increase in cases in the UK. We estimate the effectiveness of the BNT162b2 and ChAdOx1 COVID-19 vaccines against this variant.

19 vaccines against this variant.

Methods A test negative case control des vaccination against symptomatic disease B.1.617.2 began circulating with cases ide target status. Data on all symptomatic sec used to estimate the proportion of cases strain (B.1.1.7) by vaccination status.

Results Effectiveness was notably lower after 1 dose of vaccine with B.1.617.2 cases 33.5% (95%CI: 20.6 to 44.3) compared to B.1.1.7 cases 51.1% (95%CI: 47.3 to 54.7) with similar results for both vaccines. With BNT162b2 2 dose effectiveness reduced from 93.4% (95%CI: 90.4 to 95.5) with B.1.1.7 to 87.9% (95%CI: 78.2 to 93.2) with B.1.617.2. With ChAdOx1 2 dose effectiveness reduced from 66.1% (95% CI: 54.0 to 75.0) with B.1.1.7 to 59.8% (95%CI: 28.9 to 77.3) with B.1.617.2. Sequenced cases detected after 1 or 2 doses of vaccination had a higher odds of infection with B.1.617.2 compared to unvaccinated cases (OR 1.40; 95%CI: 1.13-1.75).

Conclusions After 2 doses of either vaccine there were only modest differences in vaccine effectiveness with the B.1.617.2 variant. Absolute differences in vaccine effectiveness were more marked with dose 1. This would support maximising vaccine uptake with two doses among vulnerable groups.

Introduction

India has experienced a surge in COVID-19 cases since late March 2021 reaching over

Vaccination status	Number of cases		Ratio B.1.617.2 to B.1.1.7	aOR
	B.1.1.7	B.1.617.2		
Unvaccinated	8268	691	0.084	base
Any vaccine				
Dose 1	2237	272	0.122	1.38 (1.10-1.72)
Dose 2	81	25	0.309	1.60 (0.87-2.97)
Dose 1 or 2	2511	322	0.128	1.40 (1.13-1.75)
Vaccine type (dose 1 or 2)				
BNT162b2	720	68	0.094	1.17 (0.82-1.67)
ChAdOx1	1791	254	0.142	1.48 (1.18-1.87)

aOR = Adjusted odds ratio – adjusted for: week of test and region (as linear interaction), history of travel, ethnicity, age, sex, clinically extremely vulnerable, care home resident

- Cardiovascular Medicine
- Dentistry and Oral Medicine
- Dermatology
- Emergency Medicine
- Endocrinology (including Diabetes Mellitus and Metabolic Disease)
- Epidemiology
- Forensic Medicine
- Gastroenterology
- Genetic and Genomic Medicine
- Geriatric Medicine
- Health Economics
- Health Informatics
- Health Policy
- Health Systems and Quality Improvement
- Hematology
- HIV/AIDS
- Infectious Diseases (except HIV/AIDS)

What benefits of COVID-19 Vaccine Janssen have been shown in studies?

Results from a clinical trial involving people in the United States, South Africa and Latin American countries found that COVID-19 Vaccine Janssen was effective at preventing COVID-19 in people from 18 years of age. This study involved over 44,000 people. Half received a single dose of the vaccine and half were given placebo (a dummy injection). People did not know if they had been given COVID-19 Vaccine Janssen or placebo.

The trial found a 67% reduction in the number of symptomatic COVID-19 cases after 2 weeks for people who received COVID-19 Vaccine Janssen (116 cases out of 19,630 people) compared to people given placebo (348 of 19,691 people). This means that the vaccine had a 67% efficacy.

Can people who have already had COVID-19 be vaccinated with COVID-19 Vaccine Janssen?

a AstraZeneca 60%!!!

There were no additional side effects in 2,151 people who received COVID-19 Vaccine Janssen in the trials and had previously had COVID-19.

There were not enough data from the trials to conclude on how well COVID-19 Vaccine Janssen works.

W dokumencie dotyczącym szczepionki mRNA firmy Pfizer (EPAR, medicine overview) opublikowanym w czerwcu b.r. na stronie Europejskiej Agencji Leków (EMA) podaje się, że nie jest znany wpływ szczepienia na rozprzestrzenianie się wirusa SARS-CoV-2 w społeczeństwie. Jak podaje dalej nie wiadomo także ile zaszczepionych osób może być w stanie nosić i rozpowszechniać wirusa. Identyczna informacja znajduje się w EPAR szczepionek firmy z AstraZeneca, Janssen i Moderna.

There were not enough data from the trial to conclude on how well Vaxzevria works for people who have already had COVID-19.

Can Vaxzevria reduce transmission of the virus from one person to another?

The impact of vaccination with Vaxzevria on the spread of the SARS-CoV-2 virus in the community is not yet known. It is not yet known how much vaccinated people may still be able to carry and spread the virus.

How long does protection from Vaxzevria last?

It is not currently known how long protection given by Vaxzevria lasts. The people vaccinated in the clinical trials will continue to be followed for 1 year to gather more information on the duration of protection.

Ważność paszportu covidowego:

- **360 dni dla zaszczepionych**
- **180 dni dla udokumentowanych ozdrowieńców**

Na jakiej podstawie?

- Producenci wszystkich szczepionek w ulotkach dla pacjenta informują, że „cykl 2 dawek szczepionki (..) może nie zapewniać pełnej ochrony wszystkim osobom, które go otrzymały oraz nie wiadomo jak długo ochrona ta będzie się utrzymywać”.
- Odporność naturalna słabsza niż po szczepionce?

Mecze Mistrzostwa Świata w piłce nożnej w 2022 roku będą mogli oglądać na trybunach jedynie zaszczepieni przeciw koronawirusowi. Taką decyzję podjęły w ostatnich dniach władze Kataru – gospodarza przyszłorocznego Mundialu. Ponowne szczepienia, czy przedłużony paszport?

Dostęp do danych:

- Wykorzystywanie wrażliwych danych przez instytucje, np. pracodawców, policje i inne...
 - aplikacje wyposażone w śledzenie kontaktów i przemieszczania się
 - Możliwość rozszerzenia aplikacji na paszporty biologiczne
- Przyzwolenie na wykorzystywanie danych przez osoby trzecie i na to, by na podstawie tych danych limitować wolność osób, których one dotyczą.
- **Nowy pomysł Komisji Europejskiej: „cyfrowy portfel”**. Tylko dla chętnych – ma być wdrożony w EU do września 2022 r. W skład „cyfrowego portfela” mają wchodzić informacje zawarte na dokumentach takich jak m.in. dowód osobisty, paszport, prawo jazdy, dyplomy, rachunki bankowe itd.

Segregacja i dyskryminacja:

- ograniczenie dostępu do dóbr lub usług dla osób nie posiadających certyfikatów immunologicznych
- limity dla niezaszczepionych
- zwolnienia osób zaszczepionych z noszenia masek i dystansu
- niezaszczepieni obywatele drugiej kategorii
- ograniczenie dostępu do usług medycznych (!)

Niedopuszczalne jest traktowanie osób niezaszczepionych jako osoby chore

Kontrolowane nastroje społeczne:

- napięcia i podziały
- antagonizowane grup (napuszczanie jednych na drugich)
- podsycanie lęku, kreowanie niepewności i **bezradności**
- ograniczanie dyskusji
- wywieranie presji społecznej
- manipulowanie danymi

Wprowadzenie certyfikatów covidowych może służyć zwiększeniu popytu na szczepionki, albo też może stać się „miękką” wersją szczepień obowiązkowych, których nie można bezpośrednio wprowadzić.

Niedopuszczalne są naciski na przyjęcie szczepionki:

- Preparaty eksperymentalne w fazie badań klinicznych
- Świadoma zgoda
- Odpowiedzialność spada na osobę przyjmującą szczepionkę
- Rzetelna informacja a nie propaganda
- Leczenie jest tak samo ważne jak profilaktyka
- Szczepionki nie są jedynym wybawieniem z pandemii

Każda osoba ma prawo sama rozstrzygnąć w sumieniu, o tym, czy się zaszczepi, bądź nie, i nie może być tego powodu dyskryminowana. A niestety dyskryminacja i podziały podsycane w mediach już istnieją, i będą się pogłębiały przez wprowadzenie certyfikatów covidowych.

Dlaczego godzimy się na nielogiczną segregację sanitarną:

- zmęczenie materiału
- dla świętego spokoju
- sprzedajemy wolność za bezpieczeństwo
- mamy nadzieję (łudzimy się), że wszystko wkrótce wróci do normy...
- nie bierzemy odpowiedzialności, za to jakie będzie jutro naszych dzieci
-

Niemal połowa Polaków (48 proc.) popiera pomysł wprowadzenia paszportów szczepionkowych, a przeciwną opinię posiada 29 proc. osób.

Pozostali (22 proc.) nie mają sprecyzowanego zdania na ten temat.

Badanie Inquiry.

- Uwaga: podróżowanie, chodzenie do kina, restauracji, koncerty, edukacja – to nie są przywileje, które można dawać lub odbierać.

Co możemy (powinniśmy) zrobić:

- Informować, że nie ma medycznych podstaw do wprowadzenia paszportów covidowych: każdy (tak zaszczepiony, jak i niezaszczepiony) może zachorować i każdy może roznosić wirusa
- Szanować decyzję każdej osoby.
- Nawoływać do szacunku. Sprzeciwiać się dyskryminacji.
- Protestować przeciwko reżimowi sanitarnemu, gdyż segregacja sanitarna, to tylko wstęp do dalszych ingerencji.
- Rozmawiać z innymi, szukać rozwiązań, działać.
- Pamiętać, że są na świecie miejsca, w których odrzucono paszporty covidowe.

Dziękuję za uwagę!

