בס"ד

יום שלישי כ"ז שבט תשפ"א
09/02/2021
סימוכין: מכ/09022101

לכבוד: הממונה על חוק חופש המידע במשרד הבריאות

העתק: מנכ"ל משרד הבריאות, שר הבריאות, היועץ המשפטי לממשלה

באמצעות טופס מקוון ודוא"ל

א/ג.נ.

הנדון: בקשה דחופה לפרסום שוטף של מספר הנפטרים מבין המתחסנים לקורונה ע"פ חוק חופש המידע התשנ"ח 1998

אני מתכבד לפנות אליך כדלקמן,

1. מדינת ישראל נמצאת בעיצומו של מסע חיסונים חסר תקדים בחיסון לא בדוק דיו בטכנולוגיה חדשה על יסוד אר.אן.איי של חברת פייזר אשר קיבל אישור חרום בארה"ב.
2. כידוע חיסון זה טרם השלים שלב 2 ושלב 3 של הפיתוח ונתונים בנדון אמורים להתקבל עד 2023.
3. ברשתות החברתיות מתפרסמים ללא הרף דווחים על נפטרים בסמוך לקבלת החיסונים, כולל אנשים בריאים ללא מחלות רקע.
4. דיווחים רבים כוללים התקפי לב בגין דלקתיות המתפתחת בסמוך למתן החיסון של אנשים אף צעירים ללא מחלות רקע.
5. משרד הבריאות מצידו שותק או מפרסם דיווחים סותרים ונקודתיים לגבי אחוזי התמותה של המתחסנים.
6. מוות הינו אחת מתופעות הלוואי המוכרות של החיסון אשר דווחו על ידי האף.די.איי האמריקאי ואותם התחייב משרד הבריאות להעביר לחברת פייזר.
7. גם הציבור זקוק למידע לגבי התמותה מחיסונים על מנת כי יוכל לקבל החלטה מושכלת האם להתחסן אם לאו.
8. כמו כן פרסום מידע זה הכרחי לצורך בקרה ציבורית נאותה על הנעשה במשרד הבריאות.
9. לאור האמור ישנו חשיבות ציבורית עליונה כי דו"ח כאמור בכותרת יפורסם באופן שוטף באינטרנט הכולל התפלגות מקרה המוות לפי גיל, וסיבות המוות.
10. אי פרסום המידע יהווה מעשה שרירותי, הסובל מחוסר סבירות קיצוני והפוגע באינטרס הציבורי בשעה קשה זו לבריאות הציבור.
11. לאור האמור אבקשכם לפרסם ללא דיחוי מידע זה באינטרנט.
12. אודה לכם בתשובה דחופה בדוא"ל חוזר.
13. אישור/התחייבות תשלום האגרה מצ"ב

בכבוד רב.

_____
חיים יטיב

חיים יטיב, דוא"ל: haim@nakim.org נייד: 054-6253858 (ווטסאפ)
הר עמשא 9040300

נתוני יעילות החיסון בישראל, וההשפעה המהירה על נערים

נתוני משרד הבריאות שהגיעו לידי ynet מראים את הפער העצום בין מחוסנים לחלוטין ללא מחוסנים. לפיהם, יעילות החיסון גבוהה מ-90% בכל קבוצות הגיל, הן במניעת אשפוז מקורונה והן במניעת מחלה קשה ומוות. ב"מכבי" אמרו כי בני נוער שלא חוסנו חלו פי 6 מאלו שחוסנו במנה אחת: "צעירים מפתחים תגובה חיסונית מהר יותר, רואים יעילות ברורה כבר כשבוע לאחר המנה הראשונה"

אדיר ינקו פורסם: 11.02.21 , 19:43

חיסון קורונה בשיבא (צילום: AFP)

נתונים ראשוניים על יעילות חיסון פייזר בישראל בקבוצות האוכלוסייה השונות, ולצדם נתונים שמראים את המהירות שבה חיסון הקורונה משפיע על בני נוער: ל-ynet הגיעו נתונים של משרד הבריאות, שמראים כי יעילות החיסון גבוהה מ-90% בקבוצות הגיל השונות.

על פי הנתונים, בקרב בני 65 ומעלה יעילות החיסון במניעת מחלה קשה או מוות עומדת על 94.3%. בקרב בני 45-65 יעילות החיסון דומה (94.7%), וגם בקרב בני 15-55 היא גבוהה מאוד, 91.2%. המספרים שבטבלאות המצורפות מראים את ההבדל הגדול בשיעור החולים המחוסנים ללא-מחוסנים.

גם יעילות החיסון במניעת מחלה המובילה לאשפוז גבוהה מאוד. בקרב קבוצות הגיל השונות, היעילות היא בין 93% ל-95%. כך, למשל, מתוך 100 אלף שאינם מתחסנים - 23 מאושפזים. לעומת זאת, מתוך 100 אלף מתחסנים - רק אחד מאושפז.

לצד זאת, מנתונים של אגף מידע ובריאות דיגיטלית ב"מכבי" עולה כי בני נוער שלא התחסנו מפני קורונה חלו פי 6 יותר מאשר בני גילם שהתחסנו במנה הראשונה ועבר שבוע ויותר מקבלתה.

מהנתונים עולה עוד כי 0.2% בלבד מבני הנוער שחלף שבוע ומעלה מאז חוסנו במנת החיסון הראשונה חלו בקורונה - זאת לעומת 1.3% חולי קורונה פעילים באותה תקופת בדיקה בקרב בני נוער שלא התחסנו כלל ולא חלו בעבר בנגיף. מבדיקה שנערכה בקרב כ-15,200 בני נוער בגילי 16-18 שחלף שבוע או יותר מאז שקיבלו את מנת החיסון הראשונה נגד קורונה, עלה כי 31 בלבד נדבקו בנגיף.

	קהילה	קל	בינוני	קשה	קריטי	נפטר	סכום כולל
מעל גיל 60	**13,075**	**323**	**314**	**865**	**183**	**636**	**15,396**
מנה ראשונה	**10,724**	**259**	**277**	**742**	**152**	**546**	**12,700**
0-13 ימים	6,235	147	166	465	81	344	7,438
14 ימים או יותר	4,489	112	111	277	71	202	5,262
מנה שניה	**2,351**	**64**	**37**	**123**	**31**	**90**	**2,696**
0-6 ימים	1,043	24	11	57	13	51	1,199
7-14 ימים	1,037	32	25	56	17	35	1,202
מעל 14 ימים	271	8	1	10	1	4	295
מתחת לגיל 60	**28,018**	**138**	**92**	**166**	**37**	**24**	**28,475**
מנה ראשונה	**25,926**	**125**	**87**	**153**	**34**	**22**	**26,347**
0-13 ימים	19,461	96	66	124	29	17	19,793
14 ימים או יותר	6,463	29	21	29	5	5	6,552
אחר	2						2
מנה שניה	**2,092**	**13**	**5**	**13**	**3**	**2**	**2,128**
0-6 ימים	1,167	8		4	1	2	1,182
7-14 ימים	761	4	4	8	2		779
מעל 14 ימים	164	1	1	1			167
סכום כולל	**41,093**	**461**	**406**	**1,031**	**220**	**660**	**43,871**

נתוני החיסונים

במקביל, נערכה בדיקה בקרב קבוצת ביקורת של כ-52,000 בני נוער בגילי 16-18 מפרופיל מגוון, שטרם התחסנו נגד קורונה ולא נדבקו בנגיף בעבר. בקרב קבוצה זו נמצאו בתקופת הבדיקה 689 חולים – פי 6 מאשר בקרב בני הנוער שחוסנו.

ראש אגף מידע ובריאות דיגיטלית ב"מכבי", ד"ר ענת עקה-זוהר, אמרה: "צעירים מפתחים תגובה חיסונית מהר יותר ממבוגרים ולכן אנו רואים יעילות חד-משמעית של החיסון בקרב בני נוער כבר כשבוע לאחר המנה הראשונה. על רקע הרצון להחזיר את מערכת החינוך לשגרה, אנו קוראים לכלל בני הנוער שטרם התחסנו לקבוע תור להתחסן בהקדם האפשרי".

הנתונים המעודכנים שמראים: החיסון עובד

מנתוני משרד הבריאות שהגיעו לידי ynet מוקדם עולה כי מבין 183 חולי הקורונה במצב קריטי מעל לגיל 60 – רק אחד מהם הוא מחוסן שחלפו יותר משבועיים מאז שקיבל את מנת החיסון השנייה.

עוד עולה מהנתונים כי מתוך 856 חולים במצב קשה מעל גיל 60 המאושפזים כעת בבתי החולים, 56 חוסנו וחלף יותר משבוע מאז שקיבלו את המנה השנייה – כמעט 6.5 אחוזים. בקרב 203 המאושפזים בבתי החולים במצב קשה וקריטי מתחת לגיל 60 - עשרה בלבד חוסנו וחלף יותר משבוע מקבלת מנת החיסון השנייה, ואחד בלבד התחסן במנת החיסון השנייה לפני יותר משבועיים.

הנתונים לגבי חולי הקורונה שנפטרו מראים אף הם את חשיבות החיסון. מתוך 660 הנפטרים בתקופה שבה נלקחו הנתונים, ארבעה מהם היו מחוסנים (קיבלו שתי מנות חיסון, לפחות שבועיים לפני מותם). לעומת זאת, 546 מהנפטרים היו כאלה שלא חוסנו כלל או שקיבלו את מנת החיסון הראשונה עד שבועיים לפני מותם.

גם במספר הנדבקים עצמו חלה ירידה משמעותית: מתוך 13,075 נדבקים בני 60 ומעלה שלא אושפזו, 10,724 מהם לא חוסנו או שקיבלו ב-13 הימים האחרונים את המנה הראשונה; זאת לעומת 271 בלבד שקיבלו את המנה השנייה לפני יותר משבועיים. בקרב קבוצת גיל זו, הרוב הגדול כבר חוסנו - ולכן נתונים אלו רק מראים שאכן החיסון עובד.

בבתי החולים מספרים כי המספרים הללו עולים בקנה אחד עם המצב במחלקות הקורונה: ירידה חדה בגיל המאושפזים וחולים צעירים יותר שכמעט ולא אושפזו במחלקות בעבר. "פעם כמעט ולא ראינו אנשים צעירים במחלקות שלנו", מספרת פרופ' עידית מטות, מנהלת מערך ההרדמה בבית החולים איכילוב. "היום אנחנו רואים יותר אנשים מתחת לגיל 60 מאשר מעל גיל 60".

פרופ' עידית מטות מתחסנת (צילום: מוטי קמחי)

פרופ' מטות הוסיפה: "לאחרונה אנחנו רואים ממש צעירים, בשנות ה-30 לחייהם, שאינם מחוסנים. יש לנו מידע חיסוני לגבי כל מאושפז; רובם לא התחסנו ולא אחרי החיסון השני. כרגע פחות מ-20 אחוזים מהמאושפזים אצלנו הם מעל גיל 60 - בהם כאלה שאינם מחוסנים. זו מגמה שמתרחשת בשבועיים האחרונים ומתגברת. היום אנחנו רואים גם צעירים שמחוברים ל'אקמו' - דבר שכמעט לא ראינו בעבר. אנחנו עדים כאן לטרגדיות. אין שום דבר שיכול להסביר את השינוי הזה למעט החיסון".

מ"מכבי" נמסר עוד כי "נכון לשלב זה, פחות מ-0.1% ממקבלי מנת החיסון השנייה חלו בקורונה. יעילות החיסון בישראל עומדת כעת על 93%. נכון ליממה האחרונה, 544 אנשים בלבד נדבקו בקורונה מקרב כ-523,000 מחוסנים אשר חלף למעלה משבוע מאז קיבלו את מנת החיסון השנייה".

עוד מדווחת קופת החולים מכבי כי "מבדיקה שנערכה בקרב הנדבקים, רובם המוחלט סובלים מתסמינים קלים בלבד או כלל לא חווים תסמינים. מתוך 544 הנדבקים 15 מטופלים בלבד נזקקו לאשפוז בבית חולים, מתוכם 4 מוגדרים במצב קשה, 3 במצב בינוני ו-8 במצב קל. במקביל לנתונים על הנדבקים בקרב המתחסנים נערכה בדיקה בקרב קבוצת ביקורת בגודל של כ628,000 חברי מכבי, מפרופיל מגוון, שטרם התחסנו נגד קורונה ולא נדבקו בנגיף בעבר. בקרב קבוצה זו נמצאו באותה תקופת בדיקה 18,435 חולים מאומתים פעילים – המהווים 2.9%".

תגיות: חיסון קורונה נגיף מנפה

נספח כט' 1/31

ICMJE INTERNATIONAL COMMITTEE of MEDICAL JOURNAL EDITORS

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Instructions

The purpose of this form is to provide readers of your manuscript with information about your other interests that could influence how they receive and understand your work. The form is designed to be completed electronically and stored electronically. It contains programming that allows appropriate data display. Each author should submit a separate form and is responsible for the accuracy and completeness of the submitted information. The form is in six parts.

1. Identifying information.

2. The work under consideration for publication.

This section asks for information about the work that you have submitted for publication. The time frame for this reporting is that of the work itself, from the initial conception and planning to the present. The requested information is about resources that you received, either directly or indirectly (via your institution), to enable you to complete the work. Checking "No" means that you did the work without receiving any financial support from any third party -- that is, the work was supported by funds from the same institution that pays your salary and that institution did not receive third-party funds with which to pay you. If you or your institution received funds from a third party to support the work, such as a government granting agency, charitable foundation or commercial sponsor, check "Yes".

3. Relevant financial activities outside the submitted work.

This section asks about your financial relationships with entities in the bio-medical arena that could be perceived to influence, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work. You should disclose interactions with ANY entity that could be considered broadly relevant to the work. For example, if your article is about testing an epidermal growth factor receptor (EGFR) antagonist in lung cancer, you should report all associations with entities pursuing diagnostic or therapeutic strategies in cancer in general, not just in the area of EGFR or lung cancer.

Report all sources of revenue paid (or promised to be paid) directly to you or your institution on your behalf over the 36 months prior to submission of the work. This should include all monies from sources with relevance to the submitted work, not just monies from the entity that sponsored the research. Please note that your interactions with the work's sponsor that are outside the submitted work should also be listed here. If there is any question, it is usually better to disclose a relationship than not to do so.

For grants you have received for work outside the submitted work, you should disclose support ONLY from entities that could be perceived to be affected financially by the published work, such as drug companies, or foundations supported by entities that could be perceived to have a financial stake in the outcome. Public funding sources, such as government agencies, charitable foundations or academic institutions, need not be disclosed. For example, if a government agency sponsored a study in which you have been involved and drugs were provided by a pharmaceutical company, you need only list the pharmaceutical company.

4. Intellectual Property.

This section asks about patents and copyrights, whether pending, issued, licensed and/or receiving royalties.

5. Relationships not covered above.

Use this section to report other relationships or activities that readers could perceive to have influenced, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work.

Definitions.

Entity: government agency, foundation, commercial sponsor, academic institution, etc.
Grant: A grant from an entity, generally [but not always] paid to your organization
Personal Fees: Monies paid to you for services rendered, generally honoraria, royalties, or fees for consulting , lectures, speakers bureaus, expert testimony, employment, or other affiliations
Non-Financial Support: Examples include drugs/equipment supplied by the entity, travel paid by the entity, writing assistance, administrative support, etc.
Other: Anything not covered under the previous three boxes
Pending: The patent has been filed but not issued
Issued: The patent has been issued by the agency
Licensed: The patent has been licensed to an entity, whether earning royalties or not
Royalties: Funds are coming in to you or your institution due to your patent

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Section 1. Identifying Information

1. Given Name (First Name): Ran
2. Surname (Last Name): Balicer
3. Date: 14-February-2021

4. Are you the corresponding author? ☑ Yes ☐ No

5. Manuscript Title: Effectiveness of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass-Vaccination Setting

6. Manuscript Identifying Number (if you know it): 21-01765

Section 2. The Work Under Consideration for Publication

Did you or your institution **at any time** receive payment or services from a third party (government, commercial, private foundation, etc.) for any aspect of the submitted work (including but not limited to grants, data monitoring board, study design, manuscript preparation, statistical analysis, etc.)?

Are there any relevant conflicts of interest? ☐ Yes ☑ No

Section 3. Relevant financial activities outside the submitted work.

Place a check in the appropriate boxes in the table to indicate whether you have financial relationships (regardless of amount of compensation) with entities as described in the instructions. Use one line for each entity; add as many lines as you need by clicking the "Add +" box. You should report relationships that were **present during the 36 months prior to publication**.

Are there any relevant conflicts of interest? ☑ Yes ☐ No

If yes, please fill out the appropriate information below.

Name of Entity	Grant?	Personal Fees?	Non-Financial Support?	Other?	Comments
Pfizer	☑	☐	☐	☐	

Section 4. Intellectual Property -- Patents & Copyrights

Do you have any patents, whether planned, pending or issued, broadly relevant to the work? ☐ Yes ☑ No

ICMJE INTERNATIONAL COMMITTEE of MEDICAL JOURNAL EDITORS

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Section 5. Relationships not covered above

Are there other relationships or activities that readers could perceive to have influenced, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work?

☐ Yes, the following relationships/conditions/circumstances are present (explain below):

☑ No other relationships/conditions/circumstances that present a potential conflict of interest

At the time of manuscript acceptance, journals will ask authors to confirm and, if necessary, update their disclosure statements. On occasion, journals may ask authors to disclose further information about reported relationships.

Section 6. Disclosure Statement

Based on the above disclosures, this form will automatically generate a disclosure statement, which will appear in the box below.

Dr. Balicer reports grants from Pfizer, outside the submitted work; .

Evaluation and Feedback

Please visit http://www.icmje.org/cgi-bin/feedback to provide feedback on your experience with completing this form.

נספח כט' 4/31

ICMJE INTERNATIONAL COMMITTEE of MEDICAL JOURNAL EDITORS

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Instructions

The purpose of this form is to provide readers of your manuscript with information about your other interests that could influence how they receive and understand your work. The form is designed to be completed electronically and stored electronically. It contains programming that allows appropriate data display. Each author should submit a separate form and is responsible for the accuracy and completeness of the submitted information. The form is in six parts.

1. Identifying information.

2. The work under consideration for publication.

This section asks for information about the work that you have submitted for publication. The time frame for this reporting is that of the work itself, from the initial conception and planning to the present. The requested information is about resources that you received, either directly or indirectly (via your institution), to enable you to complete the work. Checking "No" means that you did the work without receiving any financial support from any third party -- that is, the work was supported by funds from the same institution that pays your salary and that institution did not receive third-party funds with which to pay you. If you or your institution received funds from a third party to support the work, such as a government granting agency, charitable foundation or commercial sponsor, check "Yes".

3. Relevant financial activities outside the submitted work.

This section asks about your financial relationships with entities in the bio-medical arena that could be perceived to influence, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work. You should disclose interactions with ANY entity that could be considered broadly relevant to the work. For example, if your article is about testing an epidermal growth factor receptor (EGFR) antagonist in lung cancer, you should report all associations with entities pursuing diagnostic or therapeutic strategies in cancer in general, not just in the area of EGFR or lung cancer.

Report all sources of revenue paid (or promised to be paid) directly to you or your institution on your behalf over the 36 months prior to submission of the work. This should include all monies from sources with relevance to the submitted work, not just monies from the entity that sponsored the research. Please note that your interactions with the work's sponsor that are outside the submitted work should also be listed here. If there is any question, it is usually better to disclose a relationship than not to do so.

For grants you have received for work outside the submitted work, you should disclose support ONLY from entities that could be perceived to be affected financially by the published work, such as drug companies, or foundations supported by entities that could be perceived to have a financial stake in the outcome. Public funding sources, such as government agencies, charitable foundations or academic institutions, need not be disclosed. For example, if a government agency sponsored a study in which you have been involved and drugs were provided by a pharmaceutical company, you need only list the pharmaceutical company.

4. Intellectual Property.

This section asks about patents and copyrights, whether pending, issued, licensed and/or receiving royalties.

5. Relationships not covered above.

Use this section to report other relationships or activities that readers could perceive to have influenced, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work.

Definitions.

Entity: government agency, foundation, commercial sponsor, academic institution, etc.
Grant: A grant from an entity, generally [but not always] paid to your organization
Personal Fees: Monies paid to you for services rendered, generally honoraria, royalties, or fees for consulting , lectures, speakers bureaus, expert testimony, employment, or other affiliations
Non-Financial Support: Examples include drugs/equipment supplied by the entity, travel paid by the entity, writing assistance, administrative support, etc.
Other: Anything not covered under the previous three boxes
Pending: The patent has been filed but not issued
Issued: The patent has been issued by the agency
Licensed: The patent has been licensed to an entity, whether earning royalties or not
Royalties: Funds are coming in to you or your institution due to your patent

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Section 1. Identifying Information

1. Given Name (First Name): Noam
2. Surname (Last Name): Barda
3. Date: 14-February-2021

4. Are you the corresponding author? ☐ Yes ☑ No

Corresponding Author's Name: Ran Balicer

5. Manuscript Title: Effectiveness of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass-Vaccination Setting

6. Manuscript Identifying Number (if you know it): 21-01765

Section 2. The Work Under Consideration for Publication

Did you or your institution **at any time** receive payment or services from a third party (government, commercial, private foundation, etc.) for any aspect of the submitted work (including but not limited to grants, data monitoring board, study design, manuscript preparation, statistical analysis, etc.)?

Are there any relevant conflicts of interest? ☐ Yes ☑ No

Section 3. Relevant financial activities outside the submitted work.

Place a check in the appropriate boxes in the table to indicate whether you have financial relationships (regardless of amount of compensation) with entities as described in the instructions. Use one line for each entity; add as many lines as you need by clicking the "Add +" box. You should report relationships that were **present during the 36 months prior to publication**.

Are there any relevant conflicts of interest? ☑ Yes ☐ No

If yes, please fill out the appropriate information below.

Name of Entity	Grant?	Personal Fees?	Non-Financial Support?	Other?	Comments
Pfizer	☑	☐	☐	☐	

Section 4. Intellectual Property -- Patents & Copyrights

Do you have any patents, whether planned, pending or issued, broadly relevant to the work? ☐ Yes ☑ No

ICMJE INTERNATIONAL COMMITTEE of MEDICAL JOURNAL EDITORS

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Section 5. Relationships not covered above

Are there other relationships or activities that readers could perceive to have influenced, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work?

☐ Yes, the following relationships/conditions/circumstances are present (explain below):

☑ No other relationships/conditions/circumstances that present a potential conflict of interest

At the time of manuscript acceptance, journals will ask authors to confirm and, if necessary, update their disclosure statements. On occasion, journals may ask authors to disclose further information about reported relationships.

Section 6. Disclosure Statement

Based on the above disclosures, this form will automatically generate a disclosure statement, which will appear in the box below.

Dr. Barda reports grants from Pfizer, outside the submitted work; .

Evaluation and Feedback

Please visit http://www.icmje.org/cgi-bin/feedback to provide feedback on your experience with completing this form.

נספח כט' 7/31

ICMJE INTERNATIONAL COMMITTEE of MEDICAL JOURNAL EDITORS

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Instructions

The purpose of this form is to provide readers of your manuscript with information about your other interests that could influence how they receive and understand your work. The form is designed to be completed electronically and stored electronically. It contains programming that allows appropriate data display. Each author should submit a separate form and is responsible for the accuracy and completeness of the submitted information. The form is in six parts.

1. Identifying information.

2. The work under consideration for publication.

This section asks for information about the work that you have submitted for publication. The time frame for this reporting is that of the work itself, from the initial conception and planning to the present. The requested information is about resources that you received, either directly or indirectly (via your institution), to enable you to complete the work. Checking "No" means that you did the work without receiving any financial support from any third party -- that is, the work was supported by funds from the same institution that pays your salary and that institution did not receive third-party funds with which to pay you. If you or your institution received funds from a third party to support the work, such as a government granting agency, charitable foundation or commercial sponsor, check "Yes".

3. Relevant financial activities outside the submitted work.

This section asks about your financial relationships with entities in the bio-medical arena that could be perceived to influence, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work. You should disclose interactions with ANY entity that could be considered broadly relevant to the work. For example, if your article is about testing an epidermal growth factor receptor (EGFR) antagonist in lung cancer, you should report all associations with entities pursuing diagnostic or therapeutic strategies in cancer in general, not just in the area of EGFR or lung cancer.

Report all sources of revenue paid (or promised to be paid) directly to you or your institution on your behalf over the 36 months prior to submission of the work. This should include all monies from sources with relevance to the submitted work, not just monies from the entity that sponsored the research. Please note that your interactions with the work's sponsor that are outside the submitted work should also be listed here. If there is any question, it is usually better to disclose a relationship than not to do so.

For grants you have received for work outside the submitted work, you should disclose support ONLY from entities that could be perceived to be affected financially by the published work, such as drug companies, or foundations supported by entities that could be perceived to have a financial stake in the outcome. Public funding sources, such as government agencies, charitable foundations or academic institutions, need not be disclosed. For example, if a government agency sponsored a study in which you have been involved and drugs were provided by a pharmaceutical company, you need only list the pharmaceutical company.

4. Intellectual Property.

This section asks about patents and copyrights, whether pending, issued, licensed and/or receiving royalties.

5. Relationships not covered above.

Use this section to report other relationships or activities that readers could perceive to have influenced, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work.

Definitions.

Entity: government agency, foundation, commercial sponsor, academic institution, etc.
Grant: A grant from an entity, generally [but not always] paid to your organization
Personal Fees: Monies paid to you for services rendered, generally honoraria, royalties, or fees for consulting , lectures, speakers bureaus, expert testimony, employment, or other affiliations
Non-Financial Support: Examples include drugs/equipment supplied by the entity, travel paid by the entity, writing assistance, administrative support, etc.
Other: Anything not covered under the previous three boxes
Pending: The patent has been filed but not issued
Issued: The patent has been issued by the agency
Licensed: The patent has been licensed to an entity, whether earning royalties or not
Royalties: Funds are coming in to you or your institution due to your patent

נספח כט' 8/31

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Section 1. Identifying Information

1. Given Name (First Name): Noa
2. Surname (Last Name): Dagan
3. Date: 19-February-2021

4. Are you the corresponding author? ☐ Yes ☑ No
Corresponding Author's Name: Ran Balicer

5. Manuscript Title: Effectiveness of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass-Vaccination Setting

6. Manuscript Identifying Number (if you know it): 21-01765

Section 2. The Work Under Consideration for Publication

Did you or your institution **at any time** receive payment or services from a third party (government, commercial, private foundation, etc.) for any aspect of the submitted work (including but not limited to grants, data monitoring board, study design, manuscript preparation, statistical analysis, etc.)?

Are there any relevant conflicts of interest? ☐ Yes ☑ No

Section 3. Relevant financial activities outside the submitted work.

Place a check in the appropriate boxes in the table to indicate whether you have financial relationships (regardless of amount of compensation) with entities as described in the instructions. Use one line for each entity; add as many lines as you need by clicking the "Add +" box. You should report relationships that were **present during the 36 months prior to publication**.

Are there any relevant conflicts of interest? ☑ Yes ☐ No

If yes, please fill out the appropriate information below.

Name of Entity	Grant?	Personal Fees?	Non-Financial Support?	Other?	Comments
Pfizer	☑	☐	☐	☐	Not related to COVID-19

Section 4. Intellectual Property -- Patents & Copyrights

Do you have any patents, whether planned, pending or issued, broadly relevant to the work? ☐ Yes ☑ No

9/31 נספח כט'

ICMJE INTERNATIONAL COMMITTEE of MEDICAL JOURNAL EDITORS

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Section 5. Relationships not covered above

Are there other relationships or activities that readers could perceive to have influenced, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work?

☐ Yes, the following relationships/conditions/circumstances are present (explain below):

☑ No other relationships/conditions/circumstances that present a potential conflict of interest

At the time of manuscript acceptance, journals will ask authors to confirm and, if necessary, update their disclosure statements. On occasion, journals may ask authors to disclose further information about reported relationships.

Section 6. Disclosure Statement

Based on the above disclosures, this form will automatically generate a disclosure statement, which will appear in the box below.

Dr. Dagan reports grants from Pfizer, outside the submitted work; .

Evaluation and Feedback

Please visit http://www.icmje.org/cgi-bin/feedback to provide feedback on your experience with completing this form.

נספח כט' 10/31

ICMJE INTERNATIONAL COMMITTEE of MEDICAL JOURNAL EDITORS

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Instructions

The purpose of this form is to provide readers of your manuscript with information about your other interests that could influence how they receive and understand your work. The form is designed to be completed electronically and stored electronically. It contains programming that allows appropriate data display. Each author should submit a separate form and is responsible for the accuracy and completeness of the submitted information. The form is in six parts.

1. Identifying information.

2. The work under consideration for publication.

This section asks for information about the work that you have submitted for publication. The time frame for this reporting is that of the work itself, from the initial conception and planning to the present. The requested information is about resources that you received, either directly or indirectly (via your institution), to enable you to complete the work. Checking "No" means that you did the work without receiving any financial support from any third party -- that is, the work was supported by funds from the same institution that pays your salary and that institution did not receive third-party funds with which to pay you. If you or your institution received funds from a third party to support the work, such as a government granting agency, charitable foundation or commercial sponsor, check "Yes".

3. Relevant financial activities outside the submitted work.

This section asks about your financial relationships with entities in the bio-medical arena that could be perceived to influence, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work. You should disclose interactions with ANY entity that could be considered broadly relevant to the work. For example, if your article is about testing an epidermal growth factor receptor (EGFR) antagonist in lung cancer, you should report all associations with entities pursuing diagnostic or therapeutic strategies in cancer in general, not just in the area of EGFR or lung cancer.

Report all sources of revenue paid (or promised to be paid) directly to you or your institution on your behalf over the 36 months prior to submission of the work. This should include all monies from sources with relevance to the submitted work, not just monies from the entity that sponsored the research. Please note that your interactions with the work's sponsor that are outside the submitted work should also be listed here. If there is any question, it is usually better to disclose a relationship than not to do so.

For grants you have received for work outside the submitted work, you should disclose support ONLY from entities that could be perceived to be affected financially by the published work, such as drug companies, or foundations supported by entities that could be perceived to have a financial stake in the outcome. Public funding sources, such as government agencies, charitable foundations or academic institutions, need not be disclosed. For example, if a government agency sponsored a study in which you have been involved and drugs were provided by a pharmaceutical company, you need only list the pharmaceutical company.

4. Intellectual Property.

This section asks about patents and copyrights, whether pending, issued, licensed and/or receiving royalties.

5. Relationships not covered above.

Use this section to report other relationships or activities that readers could perceive to have influenced, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work.

Definitions.

Entity: government agency, foundation, commercial sponsor, academic institution, etc.
Grant: A grant from an entity, generally [but not always] paid to your organization
Personal Fees: Monies paid to you for services rendered, generally honoraria, royalties, or fees for consulting , lectures, speakers bureaus, expert testimony, employment, or other affiliations
Non-Financial Support: Examples include drugs/equipment supplied by the entity, travel paid by the entity, writing assistance, administrative support, etc.
Other: Anything not covered under the previous three boxes
Pending: The patent has been filed but not issued
Issued: The patent has been issued by the agency
Licensed: The patent has been licensed to an entity, whether earning royalties or not
Royalties: Funds are coming in to you or your institution due to your patent

נספח כט' 11/31

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Section 1. Identifying Information

1. Given Name (First Name): Miguel
2. Surname (Last Name): Hernan
3. Date: 24-February-2021

4. Are you the corresponding author? ☐ Yes ☑ No
Corresponding Author's Name: Ran Balicer

5. Manuscript Title: Effectiveness of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass-Vaccination Setting

6. Manuscript Identifying Number (if you know it): 21-01765

Section 2. The Work Under Consideration for Publication

Did you or your institution **at any time** receive payment or services from a third party (government, commercial, private foundation, etc.) for any aspect of the submitted work (including but not limited to grants, data monitoring board, study design, manuscript preparation, statistical analysis, etc.)?

Are there any relevant conflicts of interest? ☐ Yes ☑ No

Section 3. Relevant financial activities outside the submitted work.

Place a check in the appropriate boxes in the table to indicate whether you have financial relationships (regardless of amount of compensation) with entities as described in the instructions. Use one line for each entity; add as many lines as you need by clicking the "Add +" box. You should report relationships that were **present during the 36 months prior to publication**.

Are there any relevant conflicts of interest? ☑ Yes ☐ No

If yes, please fill out the appropriate information below.

Name of Entity	Grant?	Personal Fees?	Non-Financial Support?	Other?	Comments
NIH	☑	☐	☐	☐	
VA	☑	☐	☐	☐	
Cytel	☐	☑	☐	☐	Methododological consulting
ProPublica	☐	☑	☐	☐	Data Science Adviser

ICMJE INTERNATIONAL COMMITTEE of MEDICAL JOURNAL EDITORS

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Section 4. Intellectual Property -- Patents & Copyrights

Do you have any patents, whether planned, pending or issued, broadly relevant to the work? ☐ Yes ☑ No

Section 5. Relationships not covered above

Are there other relationships or activities that readers could perceive to have influenced, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work?

☐ Yes, the following relationships/conditions/circumstances are present (explain below):

☑ No other relationships/conditions/circumstances that present a potential conflict of interest

At the time of manuscript acceptance, journals will ask authors to confirm and, if necessary, update their disclosure statements. On occasion, journals may ask authors to disclose further information about reported relationships.

Section 6. Disclosure Statement

Based on the above disclosures, this form will automatically generate a disclosure statement, which will appear in the box below.

Dr. Hernan reports grants from NIH, grants from VA, personal fees from Cytel, personal fees from ProPublica, outside the submitted work; .

Evaluation and Feedback

Please visit http://www.icmje.org/cgi-bin/feedback to provide feedback on your experience with completing this form.

נספח כט' 13/31

ICMJE INTERNATIONAL COMMITTEE of MEDICAL JOURNAL EDITORS

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Instructions

The purpose of this form is to provide readers of your manuscript with information about your other interests that could influence how they receive and understand your work. The form is designed to be completed electronically and stored electronically. It contains programming that allows appropriate data display. Each author should submit a separate form and is responsible for the accuracy and completeness of the submitted information. The form is in six parts.

1. Identifying information.

2. The work under consideration for publication.

This section asks for information about the work that you have submitted for publication. The time frame for this reporting is that of the work itself, from the initial conception and planning to the present. The requested information is about resources that you received, either directly or indirectly (via your institution), to enable you to complete the work. Checking "No" means that you did the work without receiving any financial support from any third party -- that is, the work was supported by funds from the same institution that pays your salary and that institution did not receive third-party funds with which to pay you. If you or your institution received funds from a third party to support the work, such as a government granting agency, charitable foundation or commercial sponsor, check "Yes".

3. Relevant financial activities outside the submitted work.

This section asks about your financial relationships with entities in the bio-medical arena that could be perceived to influence, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work. You should disclose interactions with ANY entity that could be considered broadly relevant to the work. For example, if your article is about testing an epidermal growth factor receptor (EGFR) antagonist in lung cancer, you should report all associations with entities pursuing diagnostic or therapeutic strategies in cancer in general, not just in the area of EGFR or lung cancer.

Report all sources of revenue paid (or promised to be paid) directly to you or your institution on your behalf over the 36 months prior to submission of the work. This should include all monies from sources with relevance to the submitted work, not just monies from the entity that sponsored the research. Please note that your interactions with the work's sponsor that are outside the submitted work should also be listed here. If there is any question, it is usually better to disclose a relationship than not to do so.

For grants you have received for work outside the submitted work, you should disclose support ONLY from entities that could be perceived to be affected financially by the published work, such as drug companies, or foundations supported by entities that could be perceived to have a financial stake in the outcome. Public funding sources, such as government agencies, charitable foundations or academic institutions, need not be disclosed. For example, if a government agency sponsored a study in which you have been involved and drugs were provided by a pharmaceutical company, you need only list the pharmaceutical company.

4. Intellectual Property.

This section asks about patents and copyrights, whether pending, issued, licensed and/or receiving royalties.

5. Relationships not covered above.

Use this section to report other relationships or activities that readers could perceive to have influenced, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work.

Definitions.

Entity: government agency, foundation, commercial sponsor, academic institution, etc.
Grant: A grant from an entity, generally [but not always] paid to your organization
Personal Fees: Monies paid to you for services rendered, generally honoraria, royalties, or fees for consulting , lectures, speakers bureaus, expert testimony, employment, or other affiliations
Non-Financial Support: Examples include drugs/equipment supplied by the entity, travel paid by the entity, writing assistance, administrative support, etc.
Other: Anything not covered under the previous three boxes
Pending: The patent has been filed but not issued
Issued: The patent has been issued by the agency
Licensed: The patent has been licensed to an entity, whether earning royalties or not
Royalties: Funds are coming in to you or your institution due to your patent

ICMJE INTERNATIONAL COMMITTEE of MEDICAL JOURNAL EDITORS

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Section 1. Identifying Information

1. Given Name (First Name): Mark
2. Surname (Last Name): Katz
3. Date: 20-February-2021

4. Are you the corresponding author? ☐ Yes ☑ No

Corresponding Author's Name: Ran Balicer

5. Manuscript Title: Effectiveness of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass-Vaccination Setting

6. Manuscript Identifying Number (if you know it): 21-01765

Section 2. The Work Under Consideration for Publication

Did you or your institution **at any time** receive payment or services from a third party (government, commercial, private foundation, etc.) for any aspect of the submitted work (including but not limited to grants, data monitoring board, study design, manuscript preparation, statistical analysis, etc.)?

Are there any relevant conflicts of interest? ☐ Yes ☑ No

Section 3. Relevant financial activities outside the submitted work.

Place a check in the appropriate boxes in the table to indicate whether you have financial relationships (regardless of amount of compensation) with entities as described in the instructions. Use one line for each entity; add as many lines as you need by clicking the "Add +" box. You should report relationships that were **present during the 36 months prior to publication**.

Are there any relevant conflicts of interest? ☑ Yes ☐ No

If yes, please fill out the appropriate information below.

Name of Entity	Grant?	Personal Fees?	Non-Financial Support?	Other?	Comments
Pfizer	☑	☐	☐	☐	The pfizer grant with Clalit Research Institute is related to a study on pneumococcal disease that started in 2019.

Section 4. Intellectual Property -- Patents & Copyrights

Do you have any patents, whether planned, pending or issued, broadly relevant to the work? ☐ Yes ☑ No

ICMJE INTERNATIONAL COMMITTEE of MEDICAL JOURNAL EDITORS

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Section 5. Relationships not covered above

Are there other relationships or activities that readers could perceive to have influenced, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work?

☐ Yes, the following relationships/conditions/circumstances are present (explain below):

☑ No other relationships/conditions/circumstances that present a potential conflict of interest

At the time of manuscript acceptance, journals will ask authors to confirm and, if necessary, update their disclosure statements. On occasion, journals may ask authors to disclose further information about reported relationships.

Section 6. Disclosure Statement

Based on the above disclosures, this form will automatically generate a disclosure statement, which will appear in the box below.

Dr. Katz reports grants from Pfizer, outside the submitted work; .

Evaluation and Feedback

Please visit http://www.icmje.org/cgi-bin/feedback to provide feedback on your experience with completing this form.

נספח כט' 16/31

ICMJE INTERNATIONAL COMMITTEE of MEDICAL JOURNAL EDITORS

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Instructions

The purpose of this form is to provide readers of your manuscript with information about your other interests that could influence how they receive and understand your work. The form is designed to be completed electronically and stored electronically. It contains programming that allows appropriate data display. Each author should submit a separate form and is responsible for the accuracy and completeness of the submitted information. The form is in six parts.

1. Identifying information.

2. The work under consideration for publication.

This section asks for information about the work that you have submitted for publication. The time frame for this reporting is that of the work itself, from the initial conception and planning to the present. The requested information is about resources that you received, either directly or indirectly (via your institution), to enable you to complete the work. Checking "No" means that you did the work without receiving any financial support from any third party -- that is, the work was supported by funds from the same institution that pays your salary and that institution did not receive third-party funds with which to pay you. If you or your institution received funds from a third party to support the work, such as a government granting agency, charitable foundation or commercial sponsor, check "Yes".

3. Relevant financial activities outside the submitted work.

This section asks about your financial relationships with entities in the bio-medical arena that could be perceived to influence, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work. You should disclose interactions with ANY entity that could be considered broadly relevant to the work. For example, if your article is about testing an epidermal growth factor receptor (EGFR) antagonist in lung cancer, you should report all associations with entities pursuing diagnostic or therapeutic strategies in cancer in general, not just in the area of EGFR or lung cancer.

Report all sources of revenue paid (or promised to be paid) directly to you or your institution on your behalf over the 36 months prior to submission of the work. This should include all monies from sources with relevance to the submitted work, not just monies from the entity that sponsored the research. Please note that your interactions with the work's sponsor that are outside the submitted work should also be listed here. If there is any question, it is usually better to disclose a relationship than not to do so.

For grants you have received for work outside the submitted work, you should disclose support ONLY from entities that could be perceived to be affected financially by the published work, such as drug companies, or foundations supported by entities that could be perceived to have a financial stake in the outcome. Public funding sources, such as government agencies, charitable foundations or academic institutions, need not be disclosed. For example, if a government agency sponsored a study in which you have been involved and drugs were provided by a pharmaceutical company, you need only list the pharmaceutical company.

4. Intellectual Property.

This section asks about patents and copyrights, whether pending, issued, licensed and/or receiving royalties.

5. Relationships not covered above.

Use this section to report other relationships or activities that readers could perceive to have influenced, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work.

Definitions.

Entity: government agency, foundation, commercial sponsor, academic institution, etc.
Grant: A grant from an entity, generally [but not always] paid to your organization
Personal Fees: Monies paid to you for services rendered, generally honoraria, royalties, or fees for consulting , lectures, speakers bureaus, expert testimony, employment, or other affiliations
Non-Financial Support: Examples include drugs/equipment supplied by the entity, travel paid by the entity, writing assistance, administrative support, etc.
Other: Anything not covered under the previous three boxes
Pending: The patent has been filed but not issued
Issued: The patent has been issued by the agency
Licensed: The patent has been licensed to an entity, whether earning royalties or not
Royalties: Funds are coming in to you or your institution due to your patent

נספח כט' 17/31

ICMJE INTERNATIONAL COMMITTEE of MEDICAL JOURNAL EDITORS

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Section 1. Identifying Information

1. Given Name (First Name): Eldad
2. Surname (Last Name): Kepten
3. Date: 23-February-2021

4. Are you the corresponding author? ☐ Yes ☑ No

Corresponding Author's Name: Ran Balicer

5. Manuscript Title: Effectiveness of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass-Vaccination Setting

6. Manuscript Identifying Number (if you know it): 21-01765

Section 2. The Work Under Consideration for Publication

Did you or your institution **at any time** receive payment or services from a third party (government, commercial, private foundation, etc.) for any aspect of the submitted work (including but not limited to grants, data monitoring board, study design, manuscript preparation, statistical analysis, etc.)?

Are there any relevant conflicts of interest? ☐ Yes ☑ No

Section 3. Relevant financial activities outside the submitted work.

Place a check in the appropriate boxes in the table to indicate whether you have financial relationships (regardless of amount of compensation) with entities as described in the instructions. Use one line for each entity; add as many lines as you need by clicking the "Add +" box. You should report relationships that were **present during the 36 months prior to publication**.

Are there any relevant conflicts of interest? ☑ Yes ☐ No

If yes, please fill out the appropriate information below.

Name of Entity	Grant?	Personal Fees?	Non-Financial Support?	Other?	Comments
Pfizer	☑	☐	☐	☐	

Section 4. Intellectual Property -- Patents & Copyrights

Do you have any patents, whether planned, pending or issued, broadly relevant to the work? ☐ Yes ☑ No

ICMJE INTERNATIONAL COMMITTEE of MEDICAL JOURNAL EDITORS

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Section 5. Relationships not covered above

Are there other relationships or activities that readers could perceive to have influenced, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work?

☐ Yes, the following relationships/conditions/circumstances are present (explain below):

☑ No other relationships/conditions/circumstances that present a potential conflict of interest

At the time of manuscript acceptance, journals will ask authors to confirm and, if necessary, update their disclosure statements. On occasion, journals may ask authors to disclose further information about reported relationships.

Section 6. Disclosure Statement

Based on the above disclosures, this form will automatically generate a disclosure statement, which will appear in the box below.

Dr. Kepten reports grants from Pfizer, outside the submitted work; .

Evaluation and Feedback

Please visit http://www.icmje.org/cgi-bin/feedback to provide feedback on your experience with completing this form.

נספח כט' 19/31

ICMJE INTERNATIONAL COMMITTEE of MEDICAL JOURNAL EDITORS

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Instructions

The purpose of this form is to provide readers of your manuscript with information about your other interests that could influence how they receive and understand your work. The form is designed to be completed electronically and stored electronically. It contains programming that allows appropriate data display. Each author should submit a separate form and is responsible for the accuracy and completeness of the submitted information. The form is in six parts.

1. Identifying information.

2. The work under consideration for publication.

This section asks for information about the work that you have submitted for publication. The time frame for this reporting is that of the work itself, from the initial conception and planning to the present. The requested information is about resources that you received, either directly or indirectly (via your institution), to enable you to complete the work. Checking "No" means that you did the work without receiving any financial support from any third party -- that is, the work was supported by funds from the same institution that pays your salary and that institution did not receive third-party funds with which to pay you. If you or your institution received funds from a third party to support the work, such as a government granting agency, charitable foundation or commercial sponsor, check "Yes".

3. Relevant financial activities outside the submitted work.

This section asks about your financial relationships with entities in the bio-medical arena that could be perceived to influence, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work. You should disclose interactions with ANY entity that could be considered broadly relevant to the work. For example, if your article is about testing an epidermal growth factor receptor (EGFR) antagonist in lung cancer, you should report all associations with entities pursuing diagnostic or therapeutic strategies in cancer in general, not just in the area of EGFR or lung cancer.

Report all sources of revenue paid (or promised to be paid) directly to you or your institution on your behalf over the 36 months prior to submission of the work. This should include all monies from sources with relevance to the submitted work, not just monies from the entity that sponsored the research. Please note that your interactions with the work's sponsor that are outside the submitted work should also be listed here. If there is any question, it is usually better to disclose a relationship than not to do so.

For grants you have received for work outside the submitted work, you should disclose support ONLY from entities that could be perceived to be affected financially by the published work, such as drug companies, or foundations supported by entities that could be perceived to have a financial stake in the outcome. Public funding sources, such as government agencies, charitable foundations or academic institutions, need not be disclosed. For example, if a government agency sponsored a study in which you have been involved and drugs were provided by a pharmaceutical company, you need only list the pharmaceutical company.

4. Intellectual Property.

This section asks about patents and copyrights, whether pending, issued, licensed and/or receiving royalties.

5. Relationships not covered above.

Use this section to report other relationships or activities that readers could perceive to have influenced, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work.

Definitions.

Entity: government agency, foundation, commercial sponsor, academic institution, etc.
Grant: A grant from an entity, generally [but not always] paid to your organization
Personal Fees: Monies paid to you for services rendered, generally honoraria, royalties, or fees for consulting , lectures, speakers bureaus, expert testimony, employment, or other affiliations
Non-Financial Support: Examples include drugs/equipment supplied by the entity, travel paid by the entity, writing assistance, administrative support, etc.
Other: Anything not covered under the previous three boxes
Pending: The patent has been filed but not issued
Issued: The patent has been issued by the agency
Licensed: The patent has been licensed to an entity, whether earning royalties or not
Royalties: Funds are coming in to you or your institution due to your patent

נספח כט' 20/31

ICMJE INTERNATIONAL COMMITTEE of MEDICAL JOURNAL EDITORS

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Section 1. Identifying Information

1. Given Name (First Name): Marc
2. Surname (Last Name): Lipsitch
3. Date: 24-February-2021

4. Are you the corresponding author? ☐ Yes ☑ No

Corresponding Author's Name: Ran Balicer

5. Manuscript Title: Effectiveness of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass-Vaccination Setting

6. Manuscript Identifying Number (if you know it): 21-01765

Section 2. The Work Under Consideration for Publication

Did you or your institution **at any time** receive payment or services from a third party (government, commercial, private foundation, etc.) for any aspect of the submitted work (including but not limited to grants, data monitoring board, study design, manuscript preparation, statistical analysis, etc.)?

Are there any relevant conflicts of interest? ☑ Yes ☐ No

If yes, please fill out the appropriate information below. If you have more than one entity press the "ADD" button to add a row. Excess rows can be removed by pressing the "X" button.

Name of Institution/Company	Grant?	Personal Fees?	Non-Financial Support?	Other?	Comments
Morris-Singer Fund	☑	☐	☐	☐	

Section 3. Relevant financial activities outside the submitted work.

Place a check in the appropriate boxes in the table to indicate whether you have financial relationships (regardless of amount of compensation) with entities as described in the instructions. Use one line for each entity; add as many lines as you need by clicking the "Add +" box. You should report relationships that were **present during the 36 months prior to publication**.

Are there any relevant conflicts of interest? ☑ Yes ☐ No

If yes, please fill out the appropriate information below.

Name of Entity	Grant?	Personal Fees?	Non-Financial Support?	Other?	Comments
Pfizer	☑	☐	☐	☐	not related to COVID-19
Merck	☐	☑	☐	☐	advisory board on pneumococcal vaccines
Bristol-Meyers Squibb	☐	☑	☐	☐	invited lecture on COVID-19

ICMJE INTERNATIONAL COMMITTEE of MEDICAL JOURNAL EDITORS

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Name of Entity	Grant?	Personal Fees?	Non-Financial Support?	Other?	Comments
Sanofi Pasteur	☐	☑	☐	☐	invited lecture on COVID-19
NIH (US)	☑	☐	☐	☐	
National Institute for Health Research (UK)	☑	☐	☐	☐	
CDC (US)	☑	☐	☐	☐	
Open Philanthropy Project	☑	☐	☐	☐	
Wellcome Trust	☑	☐	☐	☐	

Section 4. Intellectual Property -- Patents & Copyrights

Do you have any patents, whether planned, pending or issued, broadly relevant to the work? ☐ Yes ☑ No

Section 5. Relationships not covered above

Are there other relationships or activities that readers could perceive to have influenced, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work?

☑ Yes, the following relationships/conditions/circumstances are present (explain below):

☐ No other relationships/conditions/circumstances that present a potential conflict of interest

I've provided unpaid advice on COVID vaccines or vaccine studies to One Day Sooner (nonprofit), Pfizer, Astra-Zeneca, Janssen, and COVAXX (United Biosciences)

At the time of manuscript acceptance, journals will ask authors to confirm and, if necessary, update their disclosure statements. On occasion, journals may ask authors to disclose further information about reported relationships.

ICMJE INTERNATIONAL COMMITTEE of MEDICAL JOURNAL EDITORS

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Section 6. Disclosure Statement

Based on the above disclosures, this form will automatically generate a disclosure statement, which will appear in the box below.

Dr. Lipsitch reports grants from Morris-Singer Fund, during the conduct of the study; grants from Pfizer, personal fees from Merck, personal fees from Bristol-Meyers Squibb, personal fees from Sanofi Pasteur, grants from NIH (US), grants from National Institute for Health Research (UK), grants from CDC (US), grants from Open Philanthropy Project, grants from Wellcome Trust, outside the submitted work; and I've provided unpaid advice on COVID vaccines or vaccine studies to One Day Sooner (nonprofit), Pfizer, Astra-Zeneca, Janssen, and COVAXX (United Biosciences).

Evaluation and Feedback

Please visit http://www.icmje.org/cgi-bin/feedback to provide feedback on your experience with completing this form.

נספח כט' 23/31

ICMJE INTERNATIONAL COMMITTEE of MEDICAL JOURNAL EDITORS

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Instructions

The purpose of this form is to provide readers of your manuscript with information about your other interests that could influence how they receive and understand your work. The form is designed to be completed electronically and stored electronically. It contains programming that allows appropriate data display. Each author should submit a separate form and is responsible for the accuracy and completeness of the submitted information. The form is in six parts.

1. Identifying information.

2. The work under consideration for publication.

This section asks for information about the work that you have submitted for publication. The time frame for this reporting is that of the work itself, from the initial conception and planning to the present. The requested information is about resources that you received, either directly or indirectly (via your institution), to enable you to complete the work. Checking "No" means that you did the work without receiving any financial support from any third party -- that is, the work was supported by funds from the same institution that pays your salary and that institution did not receive third-party funds with which to pay you. If you or your institution received funds from a third party to support the work, such as a government granting agency, charitable foundation or commercial sponsor, check "Yes".

3. Relevant financial activities outside the submitted work.

This section asks about your financial relationships with entities in the bio-medical arena that could be perceived to influence, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work. You should disclose interactions with ANY entity that could be considered broadly relevant to the work. For example, if your article is about testing an epidermal growth factor receptor (EGFR) antagonist in lung cancer, you should report all associations with entities pursuing diagnostic or therapeutic strategies in cancer in general, not just in the area of EGFR or lung cancer.

Report all sources of revenue paid (or promised to be paid) directly to you or your institution on your behalf over the 36 months prior to submission of the work. This should include all monies from sources with relevance to the submitted work, not just monies from the entity that sponsored the research. Please note that your interactions with the work's sponsor that are outside the submitted work should also be listed here. If there is any question, it is usually better to disclose a relationship than not to do so.

For grants you have received for work outside the submitted work, you should disclose support ONLY from entities that could be perceived to be affected financially by the published work, such as drug companies, or foundations supported by entities that could be perceived to have a financial stake in the outcome. Public funding sources, such as government agencies, charitable foundations or academic institutions, need not be disclosed. For example, if a government agency sponsored a study in which you have been involved and drugs were provided by a pharmaceutical company, you need only list the pharmaceutical company.

4. Intellectual Property.

This section asks about patents and copyrights, whether pending, issued, licensed and/or receiving royalties.

5. Relationships not covered above.

Use this section to report other relationships or activities that readers could perceive to have influenced, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work.

Definitions.

Entity: government agency, foundation, commercial sponsor, academic institution, etc.
Grant: A grant from an entity, generally [but not always] paid to your organization
Personal Fees: Monies paid to you for services rendered, generally honoraria, royalties, or fees for consulting , lectures, speakers bureaus, expert testimony, employment, or other affiliations
Non-Financial Support: Examples include drugs/equipment supplied by the entity, travel paid by the entity, writing assistance, administrative support, etc.
Other: Anything not covered under the previous three boxes
Pending: The patent has been filed but not issued
Issued: The patent has been issued by the agency
Licensed: The patent has been licensed to an entity, whether earning royalties or not
Royalties: Funds are coming in to you or your institution due to your patent

נספח כט' 24/31

ICMJE INTERNATIONAL COMMITTEE of MEDICAL JOURNAL EDITORS

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Section 1. Identifying Information

1. Given Name (First Name): Oren
2. Surname (Last Name): Miron
3. Date: 14-February-2021

4. Are you the corresponding author? ☐ Yes ☑ No

Corresponding Author's Name: Ran Balicer

5. Manuscript Title: Effectiveness of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass-Vaccination Setting

6. Manuscript Identifying Number (if you know it): 21-01765

Section 2. The Work Under Consideration for Publication

Did you or your institution **at any time** receive payment or services from a third party (government, commercial, private foundation, etc.) for any aspect of the submitted work (including but not limited to grants, data monitoring board, study design, manuscript preparation, statistical analysis, etc.)?

Are there any relevant conflicts of interest? ☐ Yes ☑ No

Section 3. Relevant financial activities outside the submitted work.

Place a check in the appropriate boxes in the table to indicate whether you have financial relationships (regardless of amount of compensation) with entities as described in the instructions. Use one line for each entity; add as many lines as you need by clicking the "Add +" box. You should report relationships that were **present during the 36 months prior to publication**.

Are there any relevant conflicts of interest? ☑ Yes ☐ No

If yes, please fill out the appropriate information below.

Name of Entity	Grant?	Personal Fees?	Non-Financial Support?	Other?	Comments
Pfizer	☑	☐	☐	☐	

Section 4. Intellectual Property -- Patents & Copyrights

Do you have any patents, whether planned, pending or issued, broadly relevant to the work? ☐ Yes ☑ No

ICMJE INTERNATIONAL COMMITTEE of MEDICAL JOURNAL EDITORS

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Section 5. Relationships not covered above

Are there other relationships or activities that readers could perceive to have influenced, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work?

☐ Yes, the following relationships/conditions/circumstances are present (explain below):

☑ No other relationships/conditions/circumstances that present a potential conflict of interest

At the time of manuscript acceptance, journals will ask authors to confirm and, if necessary, update their disclosure statements. On occasion, journals may ask authors to disclose further information about reported relationships.

Section 6. Disclosure Statement

Based on the above disclosures, this form will automatically generate a disclosure statement, which will appear in the box below.

Dr. Miron reports grants from Pfizer, outside the submitted work; .

Evaluation and Feedback

Please visit http://www.icmje.org/cgi-bin/feedback to provide feedback on your experience with completing this form.

נספח כט' 26/31

ICMJE INTERNATIONAL COMMITTEE of MEDICAL JOURNAL EDITORS

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Instructions

The purpose of this form is to provide readers of your manuscript with information about your other interests that could influence how they receive and understand your work. The form is designed to be completed electronically and stored electronically. It contains programming that allows appropriate data display. Each author should submit a separate form and is responsible for the accuracy and completeness of the submitted information. The form is in six parts.

1. Identifying information.

2. The work under consideration for publication.

This section asks for information about the work that you have submitted for publication. The time frame for this reporting is that of the work itself, from the initial conception and planning to the present. The requested information is about resources that you received, either directly or indirectly (via your institution), to enable you to complete the work. Checking "No" means that you did the work without receiving any financial support from any third party -- that is, the work was supported by funds from the same institution that pays your salary and that institution did not receive third-party funds with which to pay you. If you or your institution received funds from a third party to support the work, such as a government granting agency, charitable foundation or commercial sponsor, check "Yes".

3. Relevant financial activities outside the submitted work.

This section asks about your financial relationships with entities in the bio-medical arena that could be perceived to influence, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work. You should disclose interactions with ANY entity that could be considered broadly relevant to the work. For example, if your article is about testing an epidermal growth factor receptor (EGFR) antagonist in lung cancer, you should report all associations with entities pursuing diagnostic or therapeutic strategies in cancer in general, not just in the area of EGFR or lung cancer.

Report all sources of revenue paid (or promised to be paid) directly to you or your institution on your behalf over the 36 months prior to submission of the work. This should include all monies from sources with relevance to the submitted work, not just monies from the entity that sponsored the research. Please note that your interactions with the work's sponsor that are outside the submitted work should also be listed here. If there is any question, it is usually better to disclose a relationship than not to do so.

For grants you have received for work outside the submitted work, you should disclose support ONLY from entities that could be perceived to be affected financially by the published work, such as drug companies, or foundations supported by entities that could be perceived to have a financial stake in the outcome. Public funding sources, such as government agencies, charitable foundations or academic institutions, need not be disclosed. For example, if a government agency sponsored a study in which you have been involved and drugs were provided by a pharmaceutical company, you need only list the pharmaceutical company.

4. Intellectual Property.

This section asks about patents and copyrights, whether pending, issued, licensed and/or receiving royalties.

5. Relationships not covered above.

Use this section to report other relationships or activities that readers could perceive to have influenced, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work.

Definitions.

Entity: government agency, foundation, commercial sponsor, academic institution, etc.
Grant: A grant from an entity, generally [but not always] paid to your organization
Personal Fees: Monies paid to you for services rendered, generally honoraria, royalties, or fees for consulting , lectures, speakers bureaus, expert testimony, employment, or other affiliations
Non-Financial Support: Examples include drugs/equipment supplied by the entity, travel paid by the entity, writing assistance, administrative support, etc.
Other: Anything not covered under the previous three boxes
Pending: The patent has been filed but not issued
Issued: The patent has been issued by the agency
Licensed: The patent has been licensed to an entity, whether earning royalties or not
Royalties: Funds are coming in to you or your institution due to your patent

נספח כט' 27/31

ICMJE INTERNATIONAL COMMITTEE of MEDICAL JOURNAL EDITORS

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Section 1. Identifying Information

1. Given Name (First Name): Shay
2. Surname (Last Name): Perchik
3. Date: 20-February-2021

4. Are you the corresponding author? ☐ Yes ☑ No

Corresponding Author's Name: Ran Balicer

5. Manuscript Title: Effectiveness of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass-Vaccination Setting

6. Manuscript Identifying Number (if you know it): 21-01765

Section 2. The Work Under Consideration for Publication

Did you or your institution **at any time** receive payment or services from a third party (government, commercial, private foundation, etc.) for any aspect of the submitted work (including but not limited to grants, data monitoring board, study design, manuscript preparation, statistical analysis, etc.)?

Are there any relevant conflicts of interest? ☐ Yes ☑ No

Section 3. Relevant financial activities outside the submitted work.

Place a check in the appropriate boxes in the table to indicate whether you have financial relationships (regardless of amount of compensation) with entities as described in the instructions. Use one line for each entity; add as many lines as you need by clicking the "Add +" box. You should report relationships that were **present during the 36 months prior to publication**.

Are there any relevant conflicts of interest? ☑ Yes ☐ No

If yes, please fill out the appropriate information below.

Name of Entity	Grant?	Personal Fees?	Non-Financial Support?	Other?	Comments
Pfizer	☑	☐	☐	☐	

Section 4. Intellectual Property -- Patents & Copyrights

Do you have any patents, whether planned, pending or issued, broadly relevant to the work? ☐ Yes ☑ No

ICMJE INTERNATIONAL COMMITTEE of MEDICAL JOURNAL EDITORS

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Section 5. Relationships not covered above

Are there other relationships or activities that readers could perceive to have influenced, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work?

☐ Yes, the following relationships/conditions/circumstances are present (explain below):

☑ No other relationships/conditions/circumstances that present a potential conflict of interest

At the time of manuscript acceptance, journals will ask authors to confirm and, if necessary, update their disclosure statements. On occasion, journals may ask authors to disclose further information about reported relationships.

Section 6. Disclosure Statement

Based on the above disclosures, this form will automatically generate a disclosure statement, which will appear in the box below.

Dr. Perchik reports grants from Pfizer, outside the submitted work; .

Evaluation and Feedback

Please visit http://www.icmje.org/cgi-bin/feedback to provide feedback on your experience with completing this form.

נספח כט' 29/31

ICMJE INTERNATIONAL COMMITTEE of MEDICAL JOURNAL EDITORS

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Instructions

The purpose of this form is to provide readers of your manuscript with information about your other interests that could influence how they receive and understand your work. The form is designed to be completed electronically and stored electronically. It contains programming that allows appropriate data display. Each author should submit a separate form and is responsible for the accuracy and completeness of the submitted information. The form is in six parts.

1. Identifying information.

2. The work under consideration for publication.

This section asks for information about the work that you have submitted for publication. The time frame for this reporting is that of the work itself, from the initial conception and planning to the present. The requested information is about resources that you received, either directly or indirectly (via your institution), to enable you to complete the work. Checking "No" means that you did the work without receiving any financial support from any third party -- that is, the work was supported by funds from the same institution that pays your salary and that institution did not receive third-party funds with which to pay you. If you or your institution received funds from a third party to support the work, such as a government granting agency, charitable foundation or commercial sponsor, check "Yes".

3. Relevant financial activities outside the submitted work.

This section asks about your financial relationships with entities in the bio-medical arena that could be perceived to influence, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work. You should disclose interactions with ANY entity that could be considered broadly relevant to the work. For example, if your article is about testing an epidermal growth factor receptor (EGFR) antagonist in lung cancer, you should report all associations with entities pursuing diagnostic or therapeutic strategies in cancer in general, not just in the area of EGFR or lung cancer.

Report all sources of revenue paid (or promised to be paid) directly to you or your institution on your behalf over the 36 months prior to submission of the work. This should include all monies from sources with relevance to the submitted work, not just monies from the entity that sponsored the research. Please note that your interactions with the work's sponsor that are outside the submitted work should also be listed here. If there is any question, it is usually better to disclose a relationship than not to do so.

For grants you have received for work outside the submitted work, you should disclose support ONLY from entities that could be perceived to be affected financially by the published work, such as drug companies, or foundations supported by entities that could be perceived to have a financial stake in the outcome. Public funding sources, such as government agencies, charitable foundations or academic institutions, need not be disclosed. For example, if a government agency sponsored a study in which you have been involved and drugs were provided by a pharmaceutical company, you need only list the pharmaceutical company.

4. Intellectual Property.

This section asks about patents and copyrights, whether pending, issued, licensed and/or receiving royalties.

5. Relationships not covered above.

Use this section to report other relationships or activities that readers could perceive to have influenced, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work.

Definitions.

Entity: government agency, foundation, commercial sponsor, academic institution, etc.
Grant: A grant from an entity, generally [but not always] paid to your organization
Personal Fees: Monies paid to you for services rendered, generally honoraria, royalties, or fees for consulting , lectures, speakers bureaus, expert testimony, employment, or other affiliations
Non-Financial Support: Examples include drugs/equipment supplied by the entity, travel paid by the entity, writing assistance, administrative support, etc.
Other: Anything not covered under the previous three boxes
Pending: The patent has been filed but not issued
Issued: The patent has been issued by the agency
Licensed: The patent has been licensed to an entity, whether earning royalties or not
Royalties: Funds are coming in to you or your institution due to your patent

נספח כט' 30/31

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Section 1. Identifying Information

1. Given Name (First Name): Ben
2. Surname (Last Name): Reis
3. Date: 22-February-2021

4. Are you the corresponding author? ☐ Yes ☑ No

Corresponding Author's Name: Ran Balicer

5. Manuscript Title: Effectiveness of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass-Vaccination Setting

6. Manuscript Identifying Number (if you know it): 21-01765

Section 2. The Work Under Consideration for Publication

Did you or your institution **at any time** receive payment or services from a third party (government, commercial, private foundation, etc.) for any aspect of the submitted work (including but not limited to grants, data monitoring board, study design, manuscript preparation, statistical analysis, etc.)?

Are there any relevant conflicts of interest? ☐ Yes ☑ No

Section 3. Relevant financial activities outside the submitted work.

Place a check in the appropriate boxes in the table to indicate whether you have financial relationships (regardless of amount of compensation) with entities as described in the instructions. Use one line for each entity; add as many lines as you need by clicking the "Add +" box. You should report relationships that were **present during the 36 months prior to publication**.

Are there any relevant conflicts of interest? ☐ Yes ☑ No

Section 4. Intellectual Property -- Patents & Copyrights

Do you have any patents, whether planned, pending or issued, broadly relevant to the work? ☐ Yes ☑ No

ICMJE INTERNATIONAL COMMITTEE of MEDICAL JOURNAL EDITORS

ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest

Section 5. Relationships not covered above

Are there other relationships or activities that readers could perceive to have influenced, or that give the appearance of potentially influencing, what you wrote in the submitted work?

☐ Yes, the following relationships/conditions/circumstances are present (explain below):

☑ No other relationships/conditions/circumstances that present a potential conflict of interest

At the time of manuscript acceptance, journals will ask authors to confirm and, if necessary, update their disclosure statements. On occasion, journals may ask authors to disclose further information about reported relationships.

Section 6. Disclosure Statement

Based on the above disclosures, this form will automatically generate a disclosure statement, which will appear in the box below.

Dr. Reis has nothing to disclose.

Evaluation and Feedback

Please visit http://www.icmje.org/cgi-bin/feedback to provide feedback on your experience with completing this form.

Twenty day-long increased COVID-19 infection risks after initiating the vaccination process and inadequate design of the vaccinated group from Dagan et al 2021

1st draft

Hervé Seligmann and Haim Yativ

Summary

Reanalyses of data released by the Israel Ministry of Health and published in a recent Ynet article indicate increased risks due to COVID-19 during the 35-d long vaccination process. Reanalyses of detailed data from Dagan et al 2021 confirm increased COVID-19 incidences during the first 20 vaccination days. Significant differences on 1st vaccination day between vaccinated and control groups invalidates their conclusions which require comparable groups(Covid-19 incidence:treatment, 172/596618 =2.88/10000 vscontrol, 359/596618 =6.02/10000, P = $1.72x10^{-16}$; symptomatic case incidence: treatment, 90/172,52.33% vs control, 227/359, 63.23%, P =0.0165).**The control group resembles the total population on February 1st in incidences of COVID-19, severe and death case incidences. Hence, treatment group design is biased.** Vaccination reduces hospitalizations cumulated over 44 days(vaccinated, 1.76%vs control, 65.8, P = 0), but increases rates of cumulated severe and deadly cases among hospitalized (vaccinated, 33/42, 78.57% vs control, 142/259, 54.83%, P =0.00381). Despite biases, results show that **vaccination protects the majority that would develop mild cases and fragilizes the minority likely to develop more severe cases**. Note that 1. data exclude potential short- and long-term adverse vaccine effects unrelated to COVID-19, and 2.eight among ten authors of Dagan et al 2021 disclose funding by relevant pharmacological companies.

Introduction

A recent Ynet article published data on hospitalizations, severe and death cases for COVID-19 among different age groups during the 5-week vaccination process, which includes 3 weeks between the first and the second vaccine doses, and 2weeks after the second dose. For both age groups, COVID-19-associated risks were increased as compared to unvaccinated individuals, according to rates provided in the same Ynet article.

This point, that vaccination increases risks during the vaccination process despite decreasing risks of developing COVID-19 after the 5-w vaccination process, requires confirmation. The data from Dagan et al 2021 include 596618 control and 596618 vaccinated individuals, and COVID-19 infection rates are given for days 1 to 44 postvaccination for both control and vaccinated groups. These data are therefore adequate to examine the working hypothesis that vaccination increases COVID-19-associated risks during the vaccination period.

Such **analyses comparing control and vaccinated groups imply that Initial infection rates are identical for both control and vaccinated groups. This is *a sine que none* condition for proper experimental design. Their experiment assumes that the comparison between vaccinated and untreated individuals is adequate, because these are drawn randomly from the same population. The negation of this proposition proves that comparing these two groups is inadequate and conclusions flawed**.

Results

Unvaccinated and vaccinated groups differ on 1st vaccination day

On the first day of vaccination, when the vaccine could not yet have any effects, there are 359 (6.02/10000)COVID-19-infected individuals in the control group, and 172COVID-19 cases(2.88/10000)in the equal sized treated (vaccinated) group. Randomized assignments of

individuals to these two groups should have resulted in approximately half the COVID-19 cases in each group, however, the vaccinated group includes only 32.39% of positive COVID-19 cases on day 1. This has P =$1.72x10^{-16}$ according to a two-tailed sign test, suggesting inadequate, non-random sample design.

Analyses for rates of symptomatic cases among COVID-19 cases reveal on 1st day 63.23 (controls) vs 52.33%(vaccinated) symptomatic COVID-19 cases (P = 0.0165, non-directional chi-square test). Considering over the whole period hospitalized cases, there are 65.76 vs 1.76% hospitalizations among symptomatic control and vaccinated individuals, respectively (P = 0, non-directional chi-square test).

Cumulated over 44 days, severe cases (deaths included) among those hospitalized were 54.83 (142 among 259, controls) vs 78.57% (33 among 42, vaccinated)(P = 0.00381, non-directional chi-square test).

Incidence rates for COVID-19, severe and death cases match those in the general Israeli population on 1st of February. Hence, biases originate from the design of the vaccination group.

COVID-19 incidences are stable among the unvaccinated

Rates of positive COVID-19 tests among controls during the first 10 days are stable (days 1-10, per 10000): 6.02, 6.59, 6.61, 7.18, 7.07, 6.76, 7.38, 7.22, 6.04 and 6.84, mean = 6.77, s.d.= 0.47. For controls, we found a significant difference in infection rates only for one pair of consecutive days, days 8 and 9 (P = 0.039) among 43 comparisons between consecutive days. This implies that overall, for unvaccinated individuals, infection rates remain approximately constant during the study period.

COVID-19 incidences increase among the vaccinated

The unvaccinated group is an inadequate external control for the vaccinated because COVID-19 infection rates on the first vaccination day differ widely. However, incidence rates on that day for the vaccinated can be considered as a fair internal baseline towards which to compare infection rates on following days.

On the 2nd day after initiating the vaccination process, there are 235 COVID-19 cases among the 557172 individuals considered that day in the vaccinated sample, 4.22/10000, vs 2.88/10000 for the first day, which is a statistically significant increase (P = 0.000136, non-directional chi-square test). This tendency for increased post-vaccination infection rates is confirmed when comparing days 2 and 3: on day 3, there are 313 COVID-19 cases among the vaccinated (5.97/10000), a statistically significant increase as compared to the previous day (P = 0.00005137, non-directional chi-square test), and as compared to the base-line on the first day (P = $4.36x10^{-15}$, non-directional chi-square test). The difference between consecutive days is statistically significant for days 6 and 7 (6.63 vs 8.44/10000, P = 0.002342, non-directional chi-square test). The first pair of consecutive days for which we observe a statistically significant decrease in COVID-19 infection rates are days 9 and 10 (8.12 vs 6.80/10000, P = 0.045, non-directional chi-square test), and days 14 and 15 (6.52 vs 4.44/10000, P = 0.001281, non-directional chi-square test). Up to day 33, there are three more such pairs, days 17 and 18 (4.58 vs 3.34/10000, P = 0.045, non-directional chi-square test), days 28 and 29 (3.22 vs 1.65%, P = 0.024, non-directional chi-square test) and days 32 and 33 (1.71 vs 0.34/10000, P = 0.0202, non-directional chi-square test).

As compared to the baseline at day 1 after initiating the vaccination process, daily infection rates are greater than the baseline from day 2 to day 20 of the vaccination process. These incidence rates are statistically significantly greater than the baseline at P < 0.015 for all but days 18 and 20. From day 21 to 43, COVID-19 incidences are lower than the day-1 baseline for all days but day 28. The decrease as

compared to day 1 is statistically significant (P < 0.05) for days 29 to 37. Figure 1 describes COVID-19 incidence rates over time for those vaccinated.

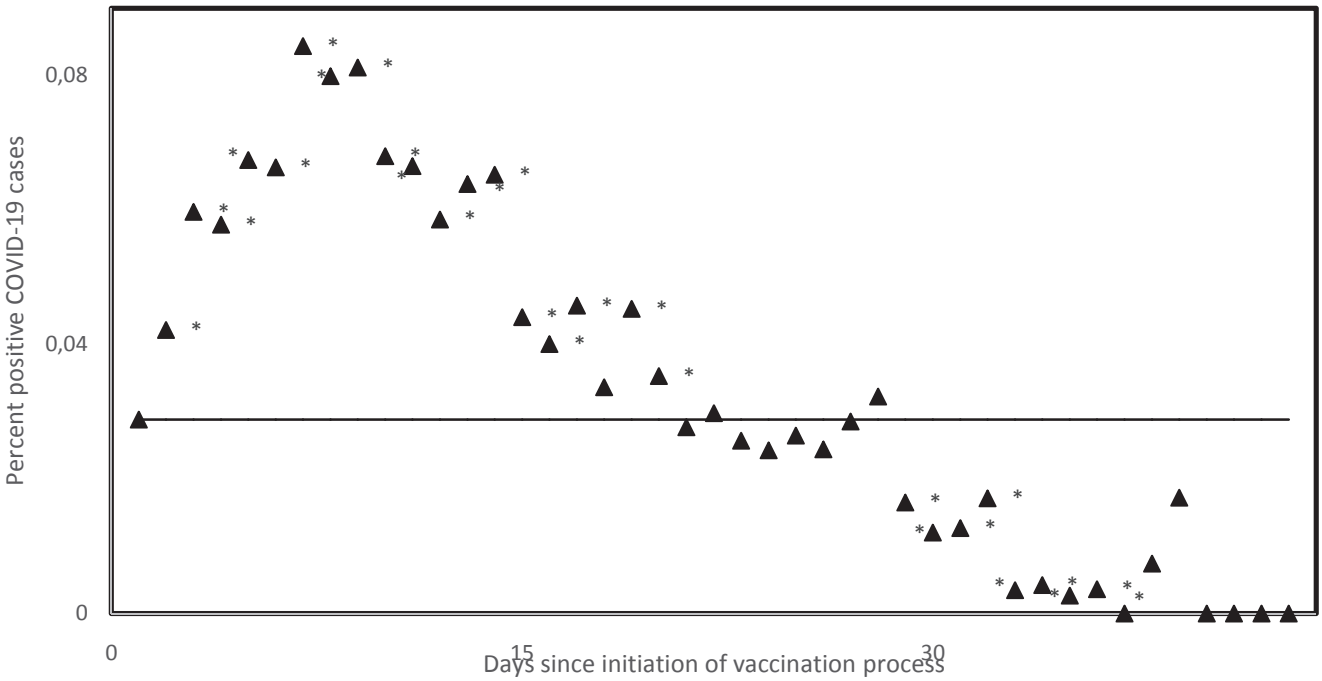


Figure 1. Daily COVID-19 incidence rates among vaccinated, as a function of days since initiation of the vaccination process. The baseline is defined by the COVID-19 incidence on day 1, * indicate P < 0.05 as compared to that baseline.

Discussion

Overall, differences on day 1 between control and vaccinated groups show significant biases in two major metrics, COVID-19 incidences, and incidences of symptomatic cases. These differences probably reveal biases in health levels between the two groups that resulted in fewer hospitalizations among symptomatic cases for the vaccinated. These biases are despite extreme care in the design of matched treatment and control samples as presented in table 1 in Dagan et al 2021, where subpopulation sizes are matched to unbelievable extents for a study matching over half a million controls and treated individuals. For example, the subpopulation of orthodox Jews is perfectly matched between treatment and control samples. However, matching initial infection rates between these two groups is crucial to the experimental design, but was neglected, invalidating the experiment.

Incidences of COVID-19, severe and death cases in the control group resemble those in the wider Israeli population on 1st of February. Hence, biases relate mainly in the design of the treated/vaccinated group.A crucial example relates to deaths rates among the vaccinated, which seem tailored to be minimal. Death data for the period corresponding to the Dagan et al study from the Israel Ministry of Health show that from December 19 2020 until February 1 2021, 1742 Israelis died from COVID-19, meaning 40 per day for an adult population of 6.5 millions. Hence, during that period, 0.61/100000 died per day, hence, 27/100000 cumulated over 44 days.

Considering that the unvaccinated in Dagan et al 2021 had only 5/100000 for that period and considering that this death rate corresponds to the death rate observed before the vaccination started on December 19 2020, we conclude that among the vaccinated there should be 27-5 = 22/100000 deaths. This is in line with observations from in the previously analysed Ynet table on COVID-19 incidences during the vaccination period and from postvaccination reports from VAERS.

These results, together with the disclosure that eight among ten authors of Dagan et al 2021 got funding from relevant pharmacological companies cast shadows on the justification of the ongoing massive vaccination program. Note that analyses do not include data on adverse effects, including deaths, that are not considered as due to COVID-19, but whose incidences might be greater among vaccinated than unvaccinated individuals.

1/2 נספח לא'

Sujet : הטעיית הציבור בנוגע ליעילות החיסונים של פייזר- פניה מס'1
De : Haim Yativ <hyativ@gmail.com>
Date : 01/03/2021 13:56
Pour : hataia@moh.gov.il

ד"ר איריס לייטרסדורף ועו"ד אייל חקו , יו"ר הוועדה לבדיקת הטעיית הציבור במשרד הבריאות

שלום רב,

קראתי בעיון רב את פניותכם לד"ר מיכל הרן, אפרת שור ואחרים, בהן אתם מבקשים מרופאים שלא להביע את דעתם בפומבי על התנגדותם לחיסון של פייזר, הגם שפניות אלה מעלות טעם של אינקיוזיציה רפואית אין בידי להתייחס אליהם כעת.

מאידך גיסה לא ראיתי דבר וחצי דבר היוצא מכתב ידכם על התעמולה השקרית המופצת ללא הרף על ידי משרד הבריאות לזרועותיו והמהללים את יעילותו של החיסון נגד קורונה של חברת פייזר, אותו מקדם ראש הממשלה עם "ידידו", כדבריו, מנכ"ל פייזר.

כאשר לאחרונה גם התברר כי מספר "מומחים" המייעצים לכם והמועסקים אצלכם כדוגמת פרופ' רן בליצר מקבלים מענקים מחברת פייזר. ראו כאן:
https://www.nejm.org/doi/suppl/10.1056/NEJMoa2101765/suppl_file/nejmoa2101765_disclosures.pdf

לכן הנני מתכבד לפנות אליכם בסדרה של פניות וזאת הראשונה שבהם בבקשה שתפעלו כנגד האחראים בפרסום הכוזב המצורף מטה הפעם מטעם בית החולים איכילוב המשבח את החיסון של חברת פייזר.
https://twitter.com/tasmc1/status/1358785091355500547

זאת כי מעיון בנתונים עולה <u>שמדובר בסילוף</u>
1. כל הנתונים המוצגים בטבלה לא אומרים כלום כל עוד אין מתיחסים לאחוז התמותה של המתחסנים מהתקפי לב שבץ וכדומה הנגרמים מעצם החיסון. הרי אפשר להוריד את התמותה מקורונה לאפס אם רוצחים את כל החלשים מראש עם כיתת יורים, כנ"ל לגבי המתחסנים, וזה לא הופך את הרובה לכלי מחסן יעיל.

2. בנוסף את הנתונים היה צריך לנרמל על ציר הזמן לפי אחוז המתחסנים באופן מלא ברגע נתון ביחס לאוכלוסיה הכללית, הרי ברור שבתחילת ינואר שיעור החולים מקורונה מבין המתחסנים באופן מלא היה אפס,הרי באותה עת היו אפס מתחסנים באופן מלא.

לטיפולכם המסור אודה על מנת שפרסום זה יוסר בהקדם האפשרי.

חיים יטיב

דובר ארגון "נקים"

WWW.NAKIM.ORG

2/2 נספח לא'

Discussion

בית חולים איכילוב @tasmc1 · 8 févr.

ניתחנו את סטטוס החיסון של כל מאושפזי הקורונה מתחילת ינואר. ראינו שמתוך כ-440 חולים מאושפזים עם קורונה רק 2% מתוכם היו כאלו שחוסנו באופן מלא. יתרה מזו, שיעורם מבין החולים הקשים אפילו נמוך יותר. מתוך 68 חולים קריטים רק אחד הינו מחוסן מלא, ומתוך כ - 200 חולים קשים רק 3 מחוסנים מלא.

מאושפזים אחרי 1/1/2021

מצב	לא מחוסן	מחוסן מנה ראשונה	עד 7 ימים ממנה שניה	ימים ממנה שניה 7<	סה"כ
קל-בינוני	144 (82)	26 (14)	4 (2.2)	1 (0.5)	175
קשה	147 (73)	49 (24)	3 (1.5)	0 (0)	199
קריטי	52 (76)	14 (20)	1 (1.4)	1 (1.4) *	68
סה"כ	343 (77)	89 (20)	8 (1.8)	2 (2)	442

אובחן 4 ימים אחרי המנה השניה *

41 158 604

Conférence de Presse
Samedi 6 mars 2021

La Coordination

Les collectifs

AIMSIB
AZI-THRO-d'hospitalisations
BonSens
Collectif Alliance Santé Martinique
Collectif Médecins Guadeloupe
Collectif Médecins 974
Coordination Santé
Fondation Kousmine
Laissons Les Médecins Prescrire
ReinfoCovid

Soutenus par 23 collectifs citoyens
+ 1 association patients

+

Les groupes de travail

Chiffres
Physiopathologie, sémiologie, clinique
Tests
Traitements précoces
Vaccins
Complications et effets collatéraux
Sport sur Ordonnance
Masques
EHPAD
Juridique et réglementaire
Passeport sanitaire
Syndicats médicaux et Conseils de l'Ordre

au service des cellules travaillant avec le CSI

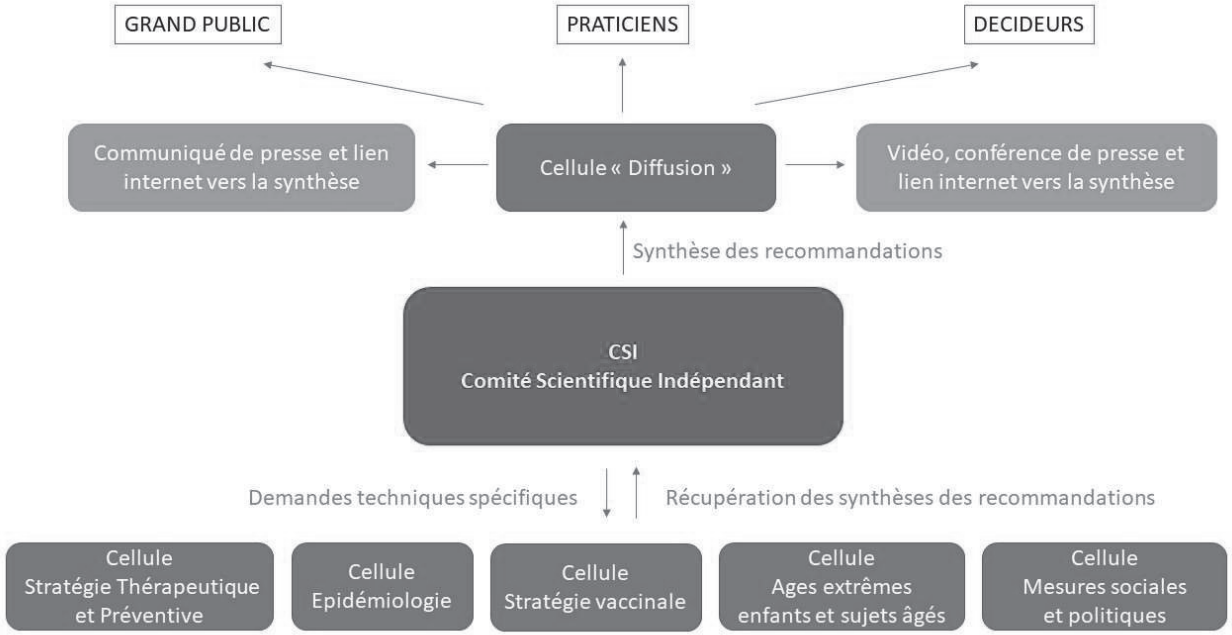
Le Conseil Scientifique Indépendant

COORDINATION SANTÉ LIBRE

Le Conseil Scientifique Indépendant

Composition et modalités de fonctionnement

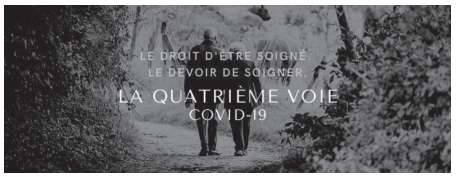
BANOUN Hélène
de CHAZOURNES Philippe
FOUCHÉ Louis
LESGARDS Jean-François
MENAT Éric
PAVAN Vincent
PERRONNE Christian
SABATIER Jean-Marc
STUCKELBERGER Astrid
TOUBIANA Laurent

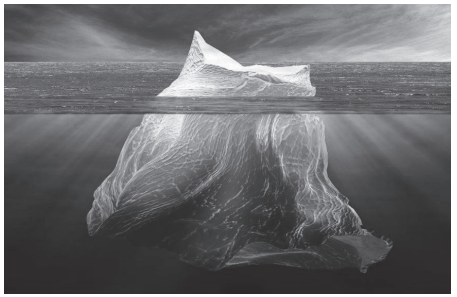


COORDINATION SANTÉ LIBRE

Représentativité

+ 30.000 médecins
+ 30.000 soignants
+ 100.000 citoyens





Tentative de désinformation et discrédit par certains media

- Le Manifeste « la 4e Voie » est une action du Collectif Laissons Les Médecins Prescrire et n'a rien à voir avec la représentativité de la CSL !
- Médecin un jour, médecin toujours

Convocations devant les Conseils de l'Ordre

Réseaux sociaux

COORDINATION SANTÉ LIBRE

Les Chiffres

LES OUTILS

- Santé Publique France **via site** Géodes
- **Réseau** OSCOUR® **(700 unités d'urgence)**
- **Fédération** SOS Médecins
- **Réseau «** Sentinelles **»** *1314 médecins généralistes libéraux, 116 pédiatres libéraux*
- SI-VIC **: Système d'information pour le suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles**
- **Suivi des décès en** milieu hospitalier
- **Suivi des décès en** EHPAD
- **Suivi des décès en** milieu hospitalier

COORDINATION SANTÉ LIBRE

Cellule Vaccins

Rappels fondamentaux

Principe de la vaccination

Permettre à un **sujet sain** d'être protégé contre un agent infectieux
= **immunisation**

Pré-requis

Le sujet référent étant **sain**, il convient de ne pas lui faire courir de risque disproportionné par rapport aux risques de la pathologie.

Importance de l'évaluation de la balance bénéfice-risque +++

COVID-19

Age médian décès :
84 ans

Risque de décès

0-19 ans :	0,001%
20-29 ans :	0,007%
30-39 ans :	0,02%
40-49 ans :	0,05%
50-59 ans :	0,2%
60-69 ans :	0,8%
70-79 ans :	2,2%
80 ans et +:	8,3%

COORDINATION SANTÉ LIBRE

Cellule Vaccins

La base de pharmacovigilance VigieAccess de l'OMS a montré que **les vaccins contre la Covid-19 ont provoqué :**

- **177.763 signalements d'effets indésirables en 2 mois, contre (pas de décès déclarés par les Etats)**
- **4.603 pour l'Ivermectine en 40 ans de prescription.** (480 mois)

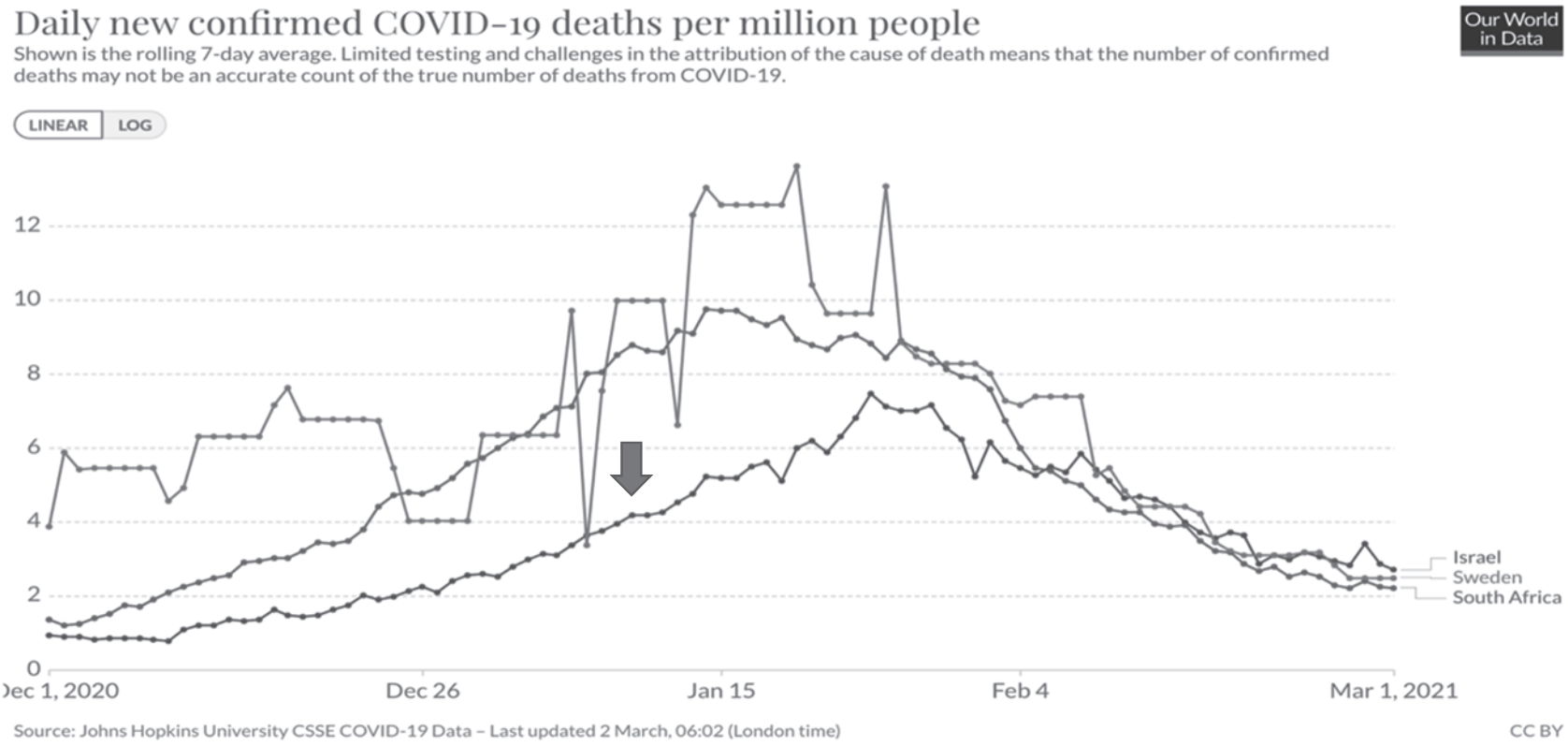
Il ne s'agit évidemment que de données dites **passives, donc sous-évaluées**, on le sait aujourd'hui, **de 90 à 99%.**

COORDINATION SANTÉ LIBRE

Cellule Vaccins

ISRAEL : Mortalité

Comparaison avec Suède et Afrique du Sud



Cellule Vaccins

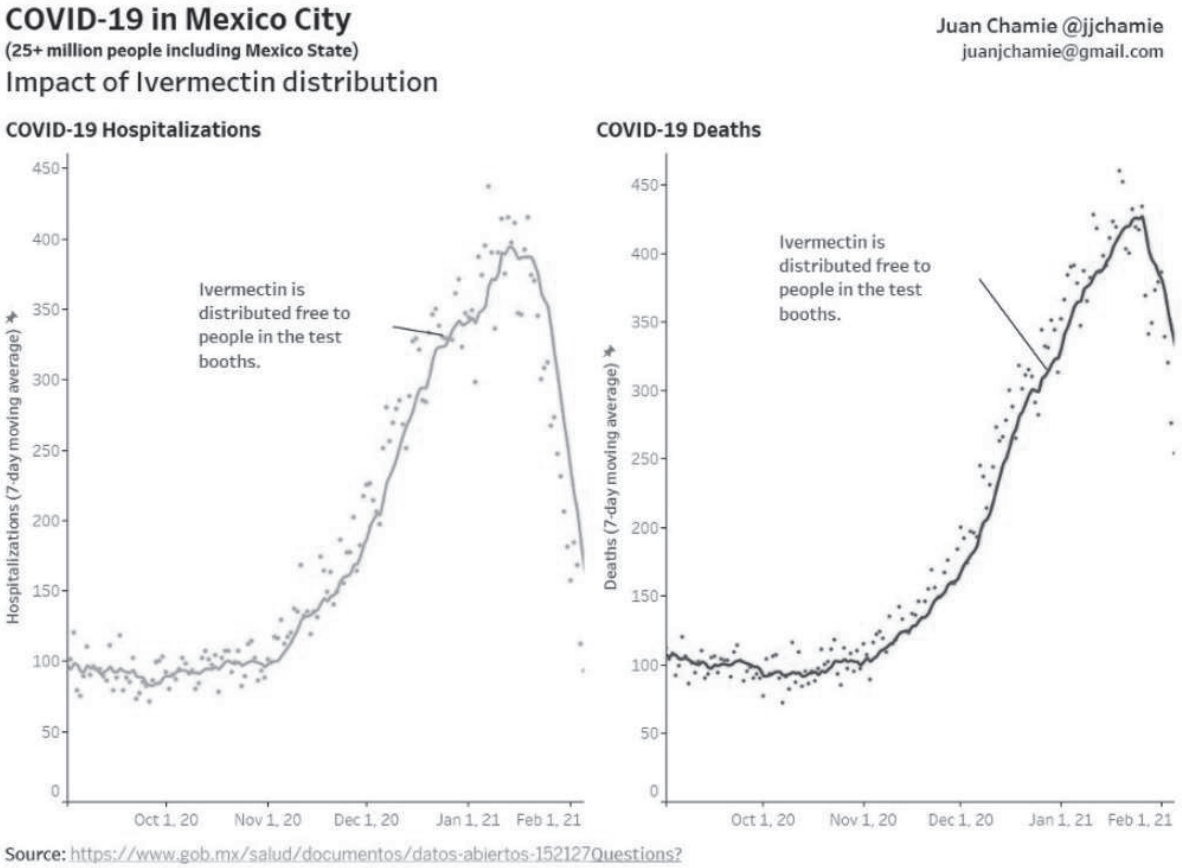
Selon le Dr Hervé Seligman (ex IHU Marseille) et Haim Yativ (Stat.)

- *« La vaccination* a tué environ 40 fois plus de personnes (âgées) que la maladie elle-même n'en aurait tué»
- Parmi la classe plus jeune, ces chiffres sont aggravés par les taux de mortalité à **260 fois ce que le virus COVID-19 aurait réclamé** dans le laps de temps donné
- « *vraisemblablement, les cas asymptomatiques avant la vaccination et ceux infectés peu de temps après la première dose ont tendance à développer des symptômes plus graves que ceux non vaccinés* ».
- **C'est exactement l'effet ADE que l'AIMSIB a maintes fois décrit dans ses articles**

http://www.nakim.org/israel-forums/viewtopic.php?p=276314

COORDINATION SANTÉ LIBRE

Cellule Vaccins



COVID-19
sans vaccin
MAIS
avec
Ivermectine

COORDINATION SANTÉ LIBRE

Cellule Vaccins

– « *Alors l'argument responsabilisant « Si tu ne te fais pas vacciner, tu fais courir un risque aux autres » se retourne, en faisant de chaque vacciné un nouveau foyer potentiel !* ***Se vacciner,*** *à coup sûr bénéfique pour soi****, peut être irresponsable pour l'espèce****…/… Le choix de ne pas se vacciner pourrait illustrer l'inversion de la responsabilité telle que définie par les injonctions officielles, au nom du souci des autres…* »
https://criigen.org/rapport-dexpertise-sur-les-vaccins-genetiquement-modifie/

CORRECTIV
Recherchen für die Gesellschaft

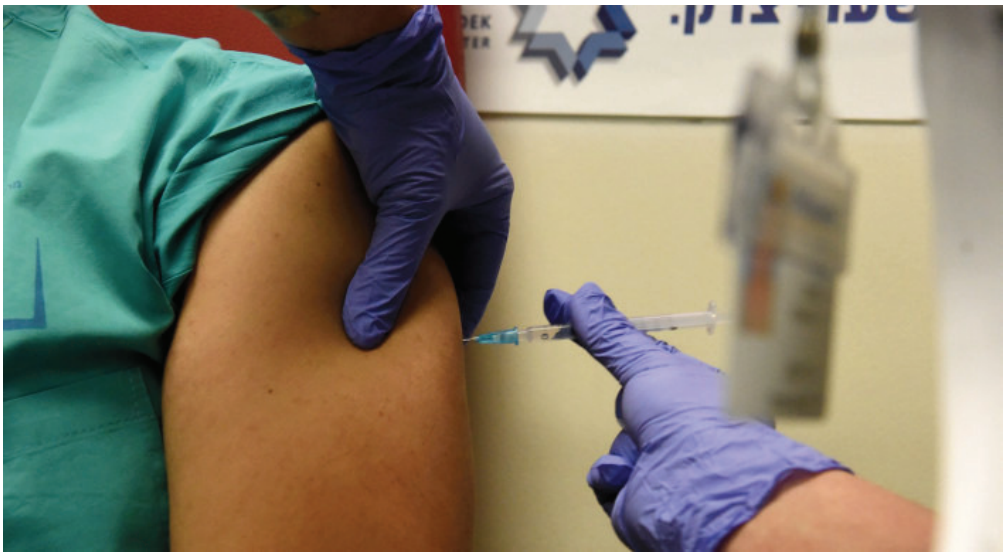
FAKTENCHECK

Covid-19 in Israel: Nein, die Impfung erzeugt keine 40 Mal höhere Sterblichkeit

Eine angebliche Analyse von Daten des israelischen Gesundheitsministeriums belege, dass die Impfung das Risiko, an Covid-19 zu sterben, drastisch erhöhe – das behaupten verschiedene Blogs. Die Aussage ist falsch. Die Daten zeigen das genaue Gegenteil und die Berechnungen führen in die Irre.

von Alice Echtermann

11. März 2021



In Israel wurde am 19. Dezember mit den Impfungen gegen Covid-19 begonnen. (Foto: Picture Alliance / newscom / Debbie Hill)

BEHAUPTUNG

Geimpfte in Israel hätten eine 40 Mal höhere Covid-19-Sterberate als Ungeimpfte. Bei jüngeren Menschen unter 65 Jahren sei sie sogar 260 Mal so hoch wie die „natürliche Covid-19-Todesrate“.

Aufgestellt von: Corona Transition, Nakim
Datum: 15.02.2021

BEWERTUNG

FALSCH

Über diese Bewertung

Falsch. Die Berechnungen interpretieren Daten falsch und führen in die Irre. Die Covid-19-Sterblichkeit der geimpften Menschen in Israel ist nicht höher als die der ungeimpften, sondern niedriger.

In einem Artikel von *Corona-Transition*, den uns zahlreiche Leserinnen und Lesern zur Überprüfung schickten, werden Behauptungen über angebliche Todesfälle durch den Impfstoff von Biontech/Pfizer in Israel aufgestellt. Es heißt darin, eine Analyse anhand von Daten des israelischen Gesundheitsministeriums zeige, dass Geimpfte angeblich „eine 40 Mal höhere Mortalität als Ungeimpfte“ hätten. Der Artikel wurde am 3. März veröffentlicht und laut dem Analysetool Crowdtangle bisher mehr als 3.400 Mal auf Facebook geteilt.

Wir haben uns mithilfe des Übersetzers Yossi Bartal und der israelischen Journalistin Noa Barak von *The Whistle* die Berechnungen und weitere Studien aus Israel zur Wirksamkeit der Impfstoffe angeschaut. Die Behauptungen sind falsch. Unsere Recherche zeigt: Es wurden Daten falsch interpretiert und auf willkürliche Weise vermischt. Es zeigt sich keine erhöhte Sterblichkeit durch Impfungen, sondern das Gegenteil ist der Fall.

Das israelische Gesundheitsministerium hat am 4. März eine Pressemitteilung veröffentlicht, in der steht, dass die Beiträge im Internet „falsch und voreingenommen" seien. Die offiziellen Daten würden die Wirksamkeit des Covid-19-Impfstoffes eindeutig belegen. Zudem verweist das Ministerium auf einen Faktencheck der israelischen Organisation *Midaat*. In diesem wird die „Analyse" ebenfalls als fehlerhaft und die Behauptung einer erhöhten Sterblichkeit durch die Impfungen als falsch bezeichnet.

Die Quelle der Behauptung ist ein Text von Haim Yativ, der am 15. Februar auf der Webseite *Nakim.org* auf Englisch und Hebräisch erschien. Haim Yativ ist einem Bericht von *Israel National News* zufolge Ingenieur, weitere Belege dafür konnten wir aber nicht finden.

Yativ hat den Text offenbar mit Hilfe von Hervé Seligmann geschrieben, der laut *Corona-Transition* „Senior Researcher" an der medizinischen

Fakultät der Universität Aix-Marseille ist. Tatsächlich wird Seligmann auf der Webseite der Universität mehrfach genannt. Unserer Recherche zufolge ist Seligmann Biologe.

Berechnung bezieht sich auf Personen, die sich trotz Impfung mit Covid-19 infiziert haben

Was im Text von *Corona-Transition* nicht deutlich wird: Die Berechnung bezieht sich nicht direkt auf Todesfälle durch Impfungen, sondern auf geimpfte Menschen, die sich trotz der Impfung mit Covid-19 infiziert haben. Yativ und Seligmann spekulieren nämlich, dass Geimpfte angeblich häufiger an Covid-19 sterben.

Sie stützen sich auf einen Artikel der israelischen Nachrichtenseite *Ynet*, der am 11. Februar veröffentlicht wurde und Daten des israelischen Gesundheitsministeriums enthält.

Yativ und Seligmann schreiben, sie hätten die Daten neu analysiert: „Wir schlussfolgern, dass der Pfizer-Impfstoff bei Älteren während der fünfwöchigen Impfzeit etwa 40 Mal mehr Menschen getötet hat, als die Krankheit selbst getötet hätte, und bei den jüngeren Altersgruppen ungefähr 260 Mal mehr Menschen."

Um das zu belegen, stellen die Autoren komplizierte Berechnungen an, kommen jedoch zu falschen Schlussfolgerungen.

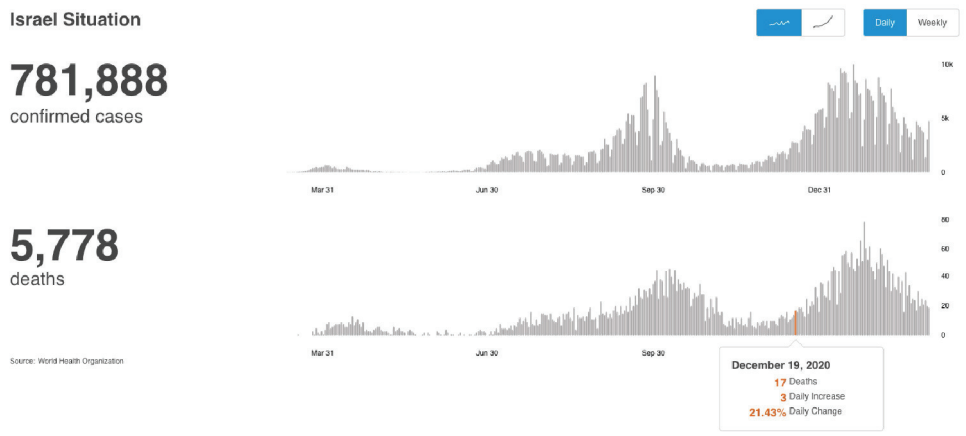
Schutzwirkung der Biontech-Impfung tritt erst etwa zwei Wochen nach der ersten Dosis ein

Die „Analyse" von Yativ und Seligmann versucht, die Aussage des Artikels von *Ynet* ins Gegenteil zu verdrehen. Darin ging es um die Wirksamkeit des Covid-19-Impfstoffes von Biontech/Pfizer: Sie liege in allen Altersgruppen bei über 90 Prozent. „Den Daten zufolge beträgt die

Wirksamkeit des Impfstoffs bezüglich der Verhinderung von schweren Krankheiten oder Todesfällen bei Personen ab 65 Jahren 94,3 Prozent", schrieb *Ynet*.

Diese Angaben beziehen sich auf die vollständige Wirksamkeit nach der zweiten Impfdosis. Laut einer Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Immunologie von Anfang Januar 2021 hieß es zum Biontech-Impfstoff: „Der Impfschutz beginnt frühestens 14 Tage nach der ersten Impfung und die hohe Effizienz von 94 Prozent bzw. 95 Prozent wurde erst ab Tag 7 bzw. 14 nach der zweiten Impfung dokumentiert."

Die Impfungen begannen in Israel am 19. Dezember mit dem Impfstoff von Biontech/Pfizer. Die Fallzahlen und Todesfälle in Israel sind Mitte Dezember stark gestiegen, doch ein kausaler Zusammenhang zur Impfung lässt sich hieraus nicht ableiten. Weil der Impfschutz erst etwa zwei Wochen nach der ersten Dosis zu wirken beginnt, hätten die Impfungen den Anstieg im Dezember nicht verhindern können.



Covid-19-Fälle und -Todesfälle in Israel bis zum 4. März 2021 laut dem Online-Dashboard der Weltgesundheitsorganisation. (Screenshot am 4. März 2021: CORRECTIV.Faktencheck)

Studie zeigt Effektivität der Impfungen in Israel

Am 5. Februar berichtete das Wissenschaftsmagazin *Nature*, die Daten würden einen Rückgang der Fallzahlen durch die Impfungen zeigen. Das

israelische Gesundheitsministerium habe etwa eine halbe Million Covid-19-Infektionen untersucht. 90 Prozent der Über-60-Jährigen in Israel hätten bereits ihre erste Impfdosis erhalten, und die Infektionen in dieser Altersgruppe seien um 41 Prozent zurückgegangen. In der jüngeren Altersgruppe, von der bis zum 5. Februar nur 30 Prozent geimpft worden seien, sanken die Fallzahlen dagegen nur um 12 Prozent.

Eine am 24. Februar veröffentlichte Studie im *New England Journal of Medicine* verglich zudem Daten von rund 600.000 frisch geimpften Israelis mit einer ungeimpften Kontrollgruppe vom 20. Dezember bis 1. Februar. Es zeigte sich, dass zwei Dosen der Impfung die symptomatischen Covid-19-Fälle um 94 Prozent reduzierten, die Rate der Krankenhausaufenthalte um 87 Prozent und die Anzahl schwerer Covid-19-Fälle um 92 Prozent. Die geschätzte Effektivität, Todesfälle zu verhindern, lag der Studie zufolge bei 72 Prozent im Zeitraum zwischen 14 und 20 Tagen nach der ersten Impfdosis. Von Tag 21 bis 27 lag die Effektivität bei 84 Prozent.

Netanjahu: 97 Prozent der Covid-Todesfälle seit Anfang Januar traten bei Nicht-Geimpften auf

Die Tatsache, dass sich in Israel noch viele Menschen nach dem Start der Impfungen mit Covid-19 infiziert haben und gestorben sind, belegt keinen Zusammenhang zwischen Todesfällen und Impfungen. Wie wir bereits in einem anderen Faktencheck erklärt haben, kann der mRNA-Impfstoff von Biontech/Pfizer selbst kein Covid-19 auslösen.

Ministerpräsident Benjamin Netanjahu hat laut einem Bericht von *Reuters* am 9. Februar, gesagt: Mehr als 97 Prozent der Corona-Todesfälle in dem vorherigen Monat in Israel (also seit Anfang Januar) seien Menschen gewesen, die noch nicht geimpft waren.

Yativ und Seligmann äußern dennoch die Theorie, dass Personen, die vor der Impfung asymptomatisch waren oder kurz nach der ersten Impfdosis infiziert wurden, schwerere Symptome entwickeln würden als jene, die gar nicht geimpft wurden. Sie deuten damit an, dass die erste Impfdosis anfälliger für Covid-19 machen könnte. Also haben wir uns ihre Berechnungen genauer angesehen. Vorweg: Sie belegen die These nicht.

Was sagen die Daten?

Wir haben mithilfe des Übersetzers Yossi Bartal die Tabellen im Artikel von *Ynet* übersetzt, da diese die Grundlage der Berechnungen bilden. Dieselben Daten wurden auch in einem anderen Bericht des israelischen Mediums *Calcalist* verwendet.

Demnach stammen die Daten vom Gesundheitsministerium und beziehen sich auf die Zahl der Geimpften in Israel, die bis zum 11. Februar trotz der Impfung mit Covid-19 infiziert wurden: Insgesamt 43.871 Personen.

Es ist plausibel, dass die Daten seit Beginn der Impfungen in Israel am 20. Dezember erhoben wurden. Im Artikel von *Calcalist* steht, 1,17 Prozent aller Geimpften in Israel hätten sich mit dem Virus infiziert. Laut dem offiziellen Corona-Dashboard der israelischen Regierung waren am 10. Februar insgesamt 3.712.334 Menschen mit der ersten Dosis geimpft. 1,17 Prozent davon sind rund 43.434 Personen. Das passt in etwa zu der Zahl in der Tabelle.

סכום כולל	נפטר	קריטי	קשה	בינוני	קל	קהילה	
15,396	636	183	865	314	323	13,075	מעל גיל 60
12,700	546	152	742	277	259	10,724	מנה ראשונה
7,438	344	81	465	166	147	6,235	ימים 0-13
5,262	202	71	277	111	112	4,489	14 ימים או יותר
2,696	90	31	123	37	64	2,351	מנה שניה
1,199	51	13	57	11	24	1,043	ימים 0-6
1,202	35	17	56	25	32	1,037	ימים 7-14
295	4	1	10	1	8	271	מעל 14 ימים
28,475	24	37	166	92	138	28,018	מתחת לגיל 60
26,347	22	34	153	87	125	25,926	מנה ראשונה
19,793	17	29	124	66	96	19,461	ימים 0-13
6,552	5	5	29	21	29	6,463	14 ימים או יותר
2						2	אחר
2,128	2	3	13	5	13	2,092	מנה שניה
1,182	2	1	4		8	1,167	ימים 0-6
779		2	8	4	4	761	ימים 7-14
167			1	1	1	164	מעל 14 ימים
43,871	660	220	1,031	406	461	41,093	סכום כולל

Die Tabelle aus dem Artikel von Ynet (11. Februar) zeigt alle Geimpften, die sich mit Covid-19 infiziert haben (insgesamt 43.871, grüner Kasten), und die Schwere ihrer Symptome. Die zweite Spalte von links zeigt die Zahl der Verstorbenen. Lila sind die Fälle und Todesfälle der Über-60-Jährigen. Gelb sind die Fälle und Todesfälle der Unter-60-Jährigen. Rot ist die Gesamtzahl der Todesfälle. (Quelle: Ynet / Screenshot: CORRECTIV.Faktencheck)

Die Tabelle zeigt, dass sich die überwiegende Mehrheit der betroffenen Menschen nach der ersten Impfdosis infiziert hat. Von den 43.871 Geimpften, die sich trotz der Impfung mit Corona infizierten, starben insgesamt 660 Personen – rund 1,5 Prozent. „35 Prozent aller geimpften Menschen, die infiziert waren, waren 60 Jahre und älter“, schreibt *Calcalist*. Bei den Todesfällen seien jedoch die allermeisten (96 Prozent) über 60 Jahre alt gewesen.

Von 15.396 Infizierten über 60 Jahren starben insgesamt 636 (4,13 Prozent). 546 starben nach der ersten Impfdosis, also mit unvollständigem Impfschutz. Nach der zweiten Dosis starben weitere 90

Personen, davon aber lediglich vier mehr als 14 Tage nach der zweiten Impfung.

Bei den Unter-60-Jährigen erkrankten 28.475 geimpfte Personen an Covid-19. Davon starben 24 (0,08 Prozent). 22 Personen starben nach der ersten Impfdosis und zwei weitere nach der zweiten Dosis (alle innerhalb von 13 Tagen).

Wie kommt die Behauptung einer angeblich 40 Mal höheren Sterblichkeit zustande?

Yativ und Seligmann setzten die Sterbezahlen aus der Tabelle bei *Ynet* ins Verhältnis zu den in Israel geimpften Menschen. Sie beziehen sich dabei aber aus unklaren Gründen nur auf die Impfzahlen ab dem 19. Januar. Der Zeitraum, den sie vergleichen, ist also kürzer.

Darauf basierend behaupten sie, nach der ersten Dosis seien 0,042 Prozent aller Geimpften gestorben und nach der zweiten Dosis 0,01 Prozent. Insgesamt seien also 0,05 Prozent nach der Impfung gestorben.

Die Autoren waren offenbar der Ansicht, dass seit dem 19. Januar vor allem jüngere Menschen geimpft wurden, also berechneten sie noch eine zusätzliche „Sterbequote" für die Über-65-Jährigen. Sie zogen dafür Daten aus dem „Vaccine Adverse Events Reporting System" (VAERS) aus den USA heran. Diese würden angeblich zeigen, dass es bei Über-65-Jährigen 4,42 Mal so viele Todesfälle gebe wie bei jüngeren Menschen. Also behaupten die Autoren, in dieser Altersgruppe müsse die Sterbequote bei rund 0,2 Prozent liegen.

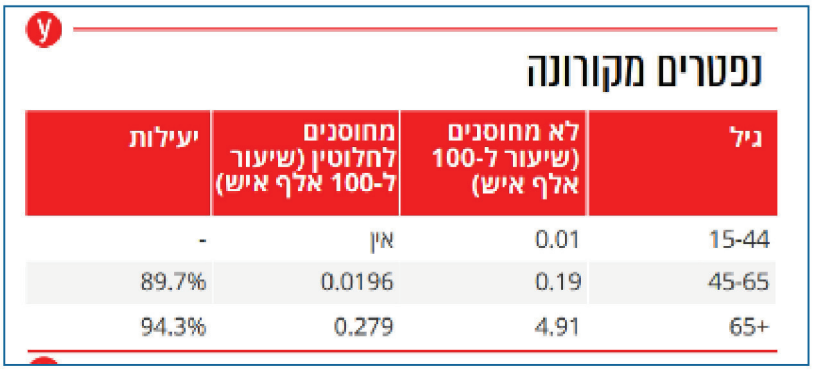
VAERS-Daten sind unbestätigte Meldungen

Die Angaben aus der VAERS-Datenbank haben jedoch keine Aussagekraft für Israel – und sind generell kein Beleg für Todesfälle durch Impfungen.

Die Datenbank umfasst nach eigenen Angaben „nicht verifizierte Berichte“ über unerwünschte Ereignisse nach Impfungen mit in den USA zugelassenen Impfstoffen. Berichte kann jeder Bürger elektronisch einreichen – die Angaben können also falsch und unvollständig sein. Zudem ist nicht klar, ob die gemeldeten Personen auch mit Covid-19 infiziert waren.

Die angeblichen Sterbequoten von 0,2 Prozent bei älteren (200 von 100.000) und 0,05 Prozent bei jüngeren Menschen (50 von 100.000) stellen die Autoren Yativ und Seligmann im Folgenden trotzdem als Fakt für Israel dar.

Sie vergleichen diese Zahlen mit anderen Daten aus dem *Ynet*-Artikel, denen zufolge bei den ungeimpften Über-65-Jährigen nur 4,91 von 100.000 gestorben seien. Bei den jüngeren Menschen seien es 0,19 von 100.000 gewesen. So kommen die Autoren auf ihre Aussage einer angeblich 40-fach beziehungsweise 260-fach erhöhten Sterblichkeit.



נפטרים מקורונה

גיל	לא מחוסנים (שיעור ל-100 אלף איש)	מחוסנים לחלוטין (שיעור ל-100 אלף איש)	יעילות
15-44	0.01	אין	-
45-65	0.19	0.0196	89.7%
65+	4.91	0.279	94.3%

Age	Unvaccinated per 100000	Vaccination complete per 100000	Efficiency
15-44	0.01	None	-
45-65	0.19	0.0196	89.7%
65+	4.91	0.279	94.3%

Die Tabelle oben stammt aus dem Artikel von Ynet und wurde von den Autoren Yativ und Seligmann auf Englisch übersetzt (unten). Sie zeigt laut Beschriftung die Zahl der an oder mit Covid-19 Verstorbenen unter den geimpften und ungeimpften Menschen. Unklar ist jedoch, über welchen Zeitraum diese Daten erhoben wurden. (Screenshot: CORRECTIV.Faktencheck)

Das willkürliche Generieren und Vergleichen von Zahlen zeigt: Die Berechnung ist nicht valide, und die Behauptung somit falsch.

Die Sterberate ist bei geimpften Menschen nicht höher als bei ungeimpften, sondern niedriger

Im Grunde nimmt der Artikel von *Ynet* den beiden Autoren ihren Vergleich bereits ab. Die rote Grafik oben zeigt: Bei den Über-65-Jährigen gab es 4,91 Todesfälle auf 100.000 ungeimpfte Menschen. Im Gegensatz dazu gab es 0,279 Todesfälle auf 100.000 vollständig geimpfte Menschen – deutlich weniger also.

Das Gesundheitsministerium schickte uns zudem auf eine schriftliche Presseanfrage hin eine Tabelle mit den Covid-19-Fällen in Israel vom 20. Dezember bis 10. März. Auch daraus geht hervor, dass deutlich weniger geimpfte Menschen an Covid-19 starben als ungeimpfte. Nach der ersten Dosis starben 709, nach der zweiten Dosis insgesamt 189. Bei den Ungeimpften starben im selben Zeitraum 1.566 Menschen, also deutlich mehr.

מתאריך 20-12-2020 ועד ליום 10-03-2021

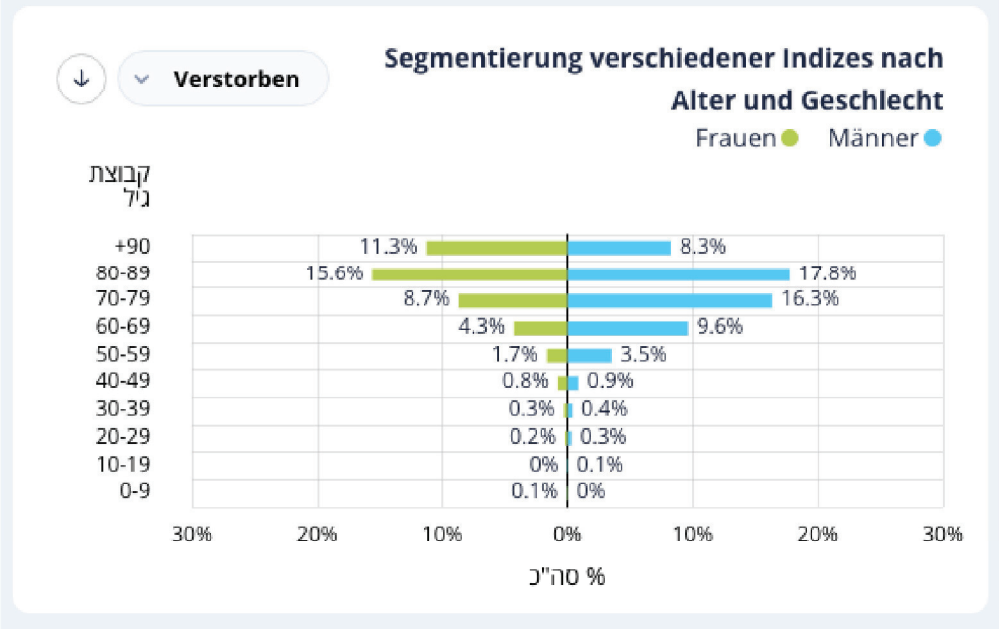
	טרם התחסנו	מנה ראשונה	מנה שנייה – פחות מ 7 ימים	חיסון מלא – מנה שנייה + 7 ימים
קהילה	358,454	51,571	7,675	4,622
קל	3,257	587	100	106
בינוני	1,454	466	54	59
קשה	3,381	1,083	165	149
קריטי	714	172	17	37
נפטר	1,566	709	84	105
סכום כולל	**368,826**	**54,588**	**8,095**	**5,078**

Daten des Gesundheitsministeriums zeigen die Covid-19-Fälle im Zeitraum 20. Dezember 2020 bis 10. März 2021. Blau markiert sind die Covid-19-Todesfälle nach der zweiten Impfdosis (rechts weniger als 7 Tage danach und links mehr als 7 Tage). Grün sind die Todesfälle nach der ersten Impfdosis und Rot die Todesfälle bei ungeimpften Menschen. (Screenshot: CORRECTIV.Faktencheck)

Wie bereits erwähnt, zeigten die Daten des Gesundheitsministeriums im Artikel von *Ynet*, dass von den Geimpften, die sich bis zum 11. Februar trotz der Impfung mit Corona infizierten, rund 1,5 Prozent starben. 35 Prozent der Infizierten waren über 60 Jahre alt und 96 Prozent der Todesfälle waren Über-60-Jährige.

Diese Verteilung ist jedoch nicht auffällig, sondern sieht ganz ähnlich aus, wenn man sich die Daten für alle Covid-19-Todesfälle in Israel anschaut. Im offiziellen Dashboard der israelischen Regierung ist zu sehen, dass insgesamt 10,6 Prozent aller Infizierten 60 Jahre oder älter waren. Gleichzeitig waren aber 91,9 Prozent der Verstorbenen über 60 – unabhängig davon, ob sie geimpft waren oder nicht.

Es gibt also keine Anzeichen einer höheren Sterblichkeit unter den geimpften Menschen im Vergleich zu der „normalen“ Sterblichkeit durch Covid-19.



Grafik aus dem Corona-Dashboard der israelischen Regierung (automatisch übersetzt mit Google Translate). (Screenshot: CORRECTIV.Faktencheck)

Fazit: Es stimmt nicht, dass die Impfung die Sterblichkeit erhöht – das Gegenteil ist der Fall. Es wurden in der „Analyse“ willkürlich Daten miteinander verglichen, die Schlussfolgerungen sind deshalb falsch. Studien und Datenauswertungen aus Israel zeigen, dass die Impfungen, insbesondere der volle Impfschutz nach zwei Impfdosen, die Zahl der Erkrankungen, Hospitalisierung und Todesfälle durch Covid-19 deutlich reduzieren.

Redigatur: Uschi Jonas, Sarah Thust

Übersetzungen und Hilfe bei der Recherche: Yossi Bartal, Noa Barak

Die wichtigsten, öffentlichen Quellen für diesen Faktencheck:

- Artikel von *Ynet*: Link (Hebräisch)
- Artikel von *Nature* über sinkende Fallzahlen durch Impfungen in Israel: Link (Englisch)
- Offizielles Corona-Dashboard aus Israel: Link (Hebräisch)
- Studie im *New England Journal of Medicine*: „BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass Vaccination Setting“: Link (Englisch)

MEHR FAKTENCHECKS LESEN

Fakten für die Demokratie.

Fakten sind die Grundlage informierter Entscheidungen in unserer Demokratie. Gezielte Desinformation wird genutzt, um unsere Gesellschaft zu spalten, Hass zu verbreiten und damit womöglich Geschäfte zu machen. Einseitige oder falsche Informationen kreieren verzerrte Weltbilder. Als Teil eines internationalen Netzwerks von Faktenprüfern wirkt CORRECTIV.Faktencheck dem entgegen und deckt Falschinformationen und Halbwahrheiten auf.

Unser Ziel ist aufzuklären, wie gezielte Falschmeldungen erkannt und eingedämmt werden. Wir stellen uns mit Fakten gegen Spaltung und wollen mit unserer Arbeit den Dialog ermöglichen. Das ist nicht immer leicht – Hassnachrichten, Beleidigungen und Drohungen gehören zum Alltag unseres Faktencheck-Teams. Aber die Arbeit wirkt: Falschmeldungen werden deutlich weniger geteilt.

CORRECTIV.Faktencheck ist eine eigenständige Redaktion

innerhalb des gemeinnützigen Recherchezentrums. CORRECTIV steht für investigativen Journalismus. Wir bringen systematische Missstände ans Licht und stärken eine demokratische und offene Zivilgesellschaft. **Leisten Sie einen Beitrag und unterstützen Sie uns mit einer Spende!**

Was ist Fake? Was ist Fakt?

Es wird immer wichtiger, zuverlässige Quellen erkennen zu können und seriöse Informationen einzuordnen. Das Programm Reporter4You unserer Online-Akademie richtet sich an Schülerinnen und Schüler, sowie deren Lehrer. Deutschlandweit werden Journalisten an Schulen vermittelt, um im Unterricht die Medienkompetenz zu stärken. Mit Online-Workshops und zugehörigem Unterrichtsmaterial können die Themen auch selbstständig erarbeitet werden.

חדשות

אמת: החיסון נמצא עם מועילות גבוהה מאוד נגד תחלואה, תחלואה קשה אשפוזים ותמותה

נושא: קורונה
תאריך פרסום: 04.03.2021
נושא משני: פייק ניוז קורונה
תאריך עדכון: 08.03.2021

שקר: החיסונים גורמים לתחלואה קשה יותר ותמותה רבה יותר מהקורונה עצמה

שתפו: A z u y x k

לאחרונה, מסתובבים ברשת פוסטים שקריים ומוטים המאשימים את החיסונים בגרימת תחלואה קשה ועודפת, עד כדי גרימת יותר נזק ממחלת הקורונה עצמה.

והאמת היא? בדיוק להיפך!

משרד הבריאות פרסם את דו"ח מועילות החיסון נגד נגיף הקורונה בישראל ע"י האגף לאפידמיולוגיה במשרד הבריאות, כפי שעולה מהנתונים שנאספו בישראל עד לתאריך ה-13.2.21.

מועילות החיסון מודדת את הסיכון לחלות במחלה לאנשים שחוסנו בשתי מנות חיסון לעומת אנשים שלא חוסנו כלל. על פי הנתונים העדכניים ביותר- החיסון נמצא עם מועילות גבוהה מאוד נגד תחלואה, תחלואה קשה אשפוזים ותמותה.

מועילות החיסון כעבור 14 יום מקבלת מנת החיסון השניה:

- 95.8% **במניעת** סך מקרי התחלואה.
- 98.0% **במניעת** מחלה עם חום ו/ או תסמינים נשימתיים.
- 98.9% **במניעת** אשפוזים עקב קורונה.
- 99.2% **במניעת** תחלואה קשה עקב קורונה.
- 98.9% **במניעת** תמותה עקב קורונה.

המסקנה: אחוזי המועילות של החיסון נגד קורונה גבוהים מאוד והחיסון יעיל ובטוח!

לקריאה נוספת, להרחבה על נתוני האמת ולזיהוי של כמה מהשגיאות הבולטות שבפוסט השקרי - בכתבה המלאה באתר "מדעת"

שימו לב

קיבלתם פייק ניוז בנושא? אנא העבירו לשולח קישור לעמוד זה
נתקלתם בפייק ניוז על קורונה? דווחו לנו fake.news@moh.gov.il

עוד באותו נושא

נגיף קורונה - אתר המידע הרשמי n

אתר פייק ניוז קורונה n

למידע על חיסוני קורונה באתר עמותת 'מדעת' n

קישורים שימושיים w

- לעיון במצגת הנתונים המלאה q
- לכתבה המלאה בנושא באתר עמותת 'מדעת' q

מדעת עושה סדר – החיסונים בטוחים ואינם רעילים או גורמים לתמותה

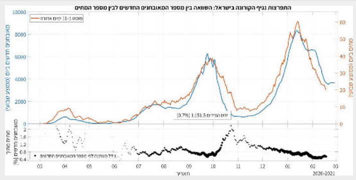
העובדות הן חד משמעיות: התחלואה והתמותה בקרב המחוסנים יורדת. החיסונים בטוחים ויעילים. כל ניסיון לטעון אחרת – הוא שקר מוחלט וניתוח מעוות של הנתונים.

7.3.2021

פוסט שגוי ומוטה שפורסם ברחבי המרשתת מציג תמונה עגומה: חיסוני הקורונה, הניתנים לאזרחי ישראל, ממש קטלניים! אולם המציאות נמצאת בסתירה מוחלטת עם מה שנכתב בפוסט הנ"ל.

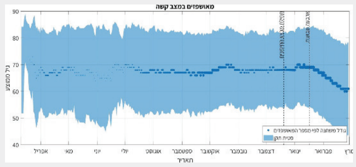
ראשית, הפוסט מניח שהתמותה שאנחנו רואים עכשיו מקורונה היא כתוצאה ממבצע החיסונים, או כדברי הפוסט: *"ניתן לאמר בוודאות כי מסע החיסונים גרם ליותר תמותה מעצם החיסון מאשר מהקורונה עצמה"*. איך הטענה הזו מתיישבת **עם הגל הראשון והשני, שבהם לא היו חיסונים זמינים כלל?** האם גם שם התמותה היתה כתוצאה מחיסון? בוודאי שלא. נתוני האמת של החיסונים, כפי שניתן לראות הן מהניסוי שנערך בפיקוח ה-FDA האמריקאי שכלל כ-40,000 איש, והן מהמחקר הגדול שפורסם בכתב העת היוקרתי NJEM שכלל 1.2 מיליון איש, מראים שהם מקנים הגנה יוצאת מהכלל. לעומת זאת, נתוני התמותה מהקורונה ידועים בכל העולם, וגם בארץ רואים לכל אורך הדרך, מהתפרצות המחלה, תאימות גבוהה בין מספר המאומתים למספר המתים מהמחלה.

שנית, יש ראיות ברורות לכך שהחיסון מוריד את התמותה בקרב המחוסנים. למשל, ראו גרף של מספר המתים ומספר המאומתים החדשים בכל יום (בממוצע נע על 7 ימים), מאז התפרצות הקורונה ועד היום, כאשר מספר המתים מוסט ב-11 יום אחורה כדי לשקף את העיכוב הממוצע בין אבחון לתמותה. מתחתיו ניתן לראות את היחס בין המתים למאומתים.



הגרף הופק מנתוני מאגר משרד הבריאות, עיבוד גרפי באדיבות ד״ר נעמה חלקון ממכון ויצמן.

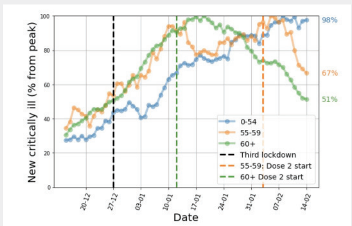
ניתן לראות שמאז התחיל מבצע החיסונים בסוף דצמבר, אחוז המתים מתוך המאומתים רק הולך ויורד בעקביות: מ-1% מתים מתוך המאומתים בדצמבר עד ל-0.5% כיום (למרות התחלואה הגוברת). הסיבה? **ככל שעולה אחוז המבוגרים המחוסנים קבוצת הגיל הזו מוגנת יותר**, וכך התחלואה עוברת לצעירים. אפשר לראות זאת בבירור בגרף מטה של גיל החולים הקשים הממוצע, שירד בעשור שלם בחודש האחרון. הואיל ואחוזי התמותה נמוכים משמעותית אצל חולים צעירים יותר, אחוז התמותה הממוצע הכללי יורד בהתמדה.



הגרף הופק מצביר נתוני מאושפזי קורונה, משרד הבריאות. עיבוד גרפי באדיבות ד״ר נעמה חלקון

לו אכן היו החיסונים גורמים לתמותה מוגברת מקרב מאומתי הקורונה, כפי שמנסה לטעון הפוסט בשלל משחקים במספרים לא קשורים (חלקם מפורטים בהמשך), היינו מצפים לראות עליה בתחלואה ובתמותה דווקא בקבוצות הגיל שחוסנו. באופן עקבי קבוצות הגיל המבוגרות יותר מתחסנות יותר: מעל 90% מגילאי 60+ קיבלו מנה ראשונה ומעלה, לעומת פחות משני שליש מכך בגילאים הצעירים יותר.

לסיום, אם מחלקים את אוכלוסיית החולים הקשים והקריטיים לפי גילאים, אפשר לראות בברור איך ככל שקבוצת גיל מחוסנת יותר, כך חולים בה פחות. בגרף מטה, שמציג נתונים עד אמצע פברואר, ניתן לראות איך שבוע מתחילת מתן המנה השניה לגילאי 60+ התחלואה שלהם – שעד אז היתה בעלייה – מתחילה לרדת. זאת לעומת שאר קבוצות הגיל שנותרות ברמה גבוהה או אף עולות. התופעה חוזרת על עצמה עם שבוע מתחילת מתן המנה השניה בקבוצת הגיל 55-59. רק בקבוצת הצעירים יותר, שכחציה עדיין לא התחסן, התחלואה ממשיכה לעלות. מאחר שרובם המוחלט של הנפטרים היו לפני כן במצב קשה ובאשפוז, ברור כי ירידה בתחלואה הקשה מובילה לירידה בתמותה.



מקור: פרופ׳ ערן סגל, מכון ויצמן, מקור הנתונים: משרד הבריאות

בדיוק את אותם נתונים ניתן לראות בטבלת התחלואה והתמותה בקרב מחוסנים, שאותה מנסה הפוסט לעוות ככל יכולתו כדי לגרום למספרים להראות את ההיפך הגמור מה שהם אומרים באמת – ישנה ירידה במספר החולים והנפטרים ככל שעבר יותר זמן מקבלת החיסון, ובפרט אצל האוכלוסיה המחוסנת במלואה (שבוע ומעלה לאחר מנת החיסון השניה).כלומר, החיסונים עובדים, ומגנים היטב מפני התחלואה והתמותה מקורונה.

להסבר מפורט יותר על חלק מההטעיות בפוסט המקורי שמסתובב ברשת (כמובן, לא נפנה אליו), מוזמנים להמשיך ולקרוא.

הפוסט מתחיל עם הצגת נתוני משרד הבריאות, כפי שפורסמו בכתבה באתר ynet. לפי נתונים אלו 1,031 איש הם חולי קורונה קשים, שגם קיבלו חיסון כלשהו (ראשון או שני). בפוסט נטען, שמאחר שביום שלפני כתיבת הכתבה היו 1,056 חולים קשים פעילים, המשמעות היא שכלל החולים הקשים מקורונה הם למעשה מחוסנים.

זוהי **הסקת מסקנות שגויה**. נתוני המחלה במחוסנים שהוצגו בטבלה בכתבה הנ"ל אינם מייצגים חולים ביום מסוים, כלומר תמונת חתך אחת (בדומה להסתכלות על יום אחד של נתוני משרד הבריאות), אלא מתארים מספר מצטבר מתקופה כלשהי. למשל, הם סכום של כלל החולים מתחילת מבצע החיסונים ועד קצת לפני פרסום הכתבה. ניתן לראות זאת בקלות בכך שמספר המאומתים הכולל מקרב המחוסנים המוצג בטבלה הוא כ-44,000. אין, ולא היו בשום יום בתקופת המגפה, לשמחתנו כמובן, 44,000 מאומתים שאומתו ביום אחד, קל וחומר שכולם מחוסנים. לפיכך, ברור שנעשתה פה השוואה בין נתון מצטבר (חולים מקרב המחוסנים) לנתון חד-יומי (תמונת חתך), השוואה **שקרית** ושגויה.

חמור מכך, ככל הנראה כותבי הפוסט הנ"ל מבינים זאת. מיד לאחר הטענה השגויה המתוארת לעיל, מבוצעים חישובים המניחים כי מדובר בנתונים מצטברים, ולא נתוני תמונת חתך. לכן, הבעיה הראשונה היא שתחילת הפוסט נמצאת בסתירה עם המשכו. בעיה נוספת בחישוב שמוצג היא שהחישובים בהמשך מסתמכים על "ניתוח" שבוצע לנתונים מארצות הברית, כביכול על מנת להשיג את נתוני התמותה ה"אמיתיים" מהחיסון. למה "ניתוח" במרכאות? כי הכותבים משתמשים בדיווחים ממערכת VAERS, מערכת וולונטרית לאיסוף דיווחים מהציבור על תופעות לוואי של חיסונים. מאחר שבמערכת זו אין ביקורת ובדיקה של המקרים (היא משמשת לזיהוי מגמות ולהתרעה מוקדמת, לצורך בדיקה מעמיקה), היא כוללת הבהרה שאין להשתמש במספרים המופיעים בה כנתוני אמת, או להתבסס עליהם כדי לזהות קשר לחיסון:

Limitations of VAERS:

- It is generally not possible to find out from VAERS data if a vaccine caused the adverse event
- Reports submitted to VAERS often lack details and sometimes contains errors
- Serious adverse events are more likely to be reported than non-serious events
- Numbers of reports may increase in response to media attention and increased public awareness
- VAERS data cannot be used to determine rates of adverse events

בחישוב שלהם בפוסט כותביו מגדירים את היחס בין מספר המאומתים לחולים (מעין "מקדם מתמטי"), למרות שזה בדיוק מה שנאמר לא לעשות, ואיתו הם מנסים לנפח את מספר המתים מקורונה בישראל, כדי לטעון כאמור שמקרי המוות האלו הם מהחיסון. למה לנסות להשיג מקדם כזה כדי לנפח את המספרים? לא ברור. ניתן להשתמש ישירות בנתוני משרד הבריאות כדי להבין מה שיעור המתים מקורונה, מתוך כלל המתחסנים בתקופה. זה כמובן לא אומר לנו שהם מתו מהחיסון כפי שכותבי הפוסט רוצים שנחשוב, כי החיסון לא הורג, קל וחומר לא הורג מקורונה.

לאחר מכן, מנסים לטעון בפוסט שאם נכפיל את מספר המתחסנים מעל גיל 65 ב-0.2 ואת מספר המתחסנים מתחת לגיל 65 ב-0.04 (אלו אותם המקדמים שהם "חישבו" לאחוזי התמותה), אז נקבל את התמותה בפועל מהחיסונים כביכול.
נניח שזה נכון: הגדלנו ראש, לקחנו את נתוני משרד הבריאות וחישבנו. נכון לכתיבת שורות אלו, התחסנו בלפחות מנה אחת כ-720 אלף איש מעל גיל 70 (הנתונים הם בקבוצות של 0-19, 20-29, 30-39 וכו', כך שאי אפשר לחשב בדיוק מגיל 65 ומתחתיו). כמו כן, התחסנו בלפחות מנה אחת כ-4.09 מיליון איש מתחת לגיל 69. אילו נכפיל את המספרים האלו ב-0.2 וב-0.04, נקבל 307 אלף איש שכביכול מתו מהחיסון, אם נאמין למה שנכתב בפוסט. בישראל, תמותה כזו זו **תמותה כוללת של כ-6-7 שנים יחדיו, מכל הסיבות**. כמובן שלא מתו כאן 307 אלף איש מקורונה, בלי קורונה, עם חיסון, בלי חיסון, או בכלל.

יש בפוסט עוד טעויות והטעיות רבות, עיוותי מספרים, קריאה סלקטיבית ופירוש לא נכון של מקורות מידע. לכן, לסיכום, מדובר בפוסט שגוי, מוטעה, מטעה ושקרי וממש לא מומלץ להאמין לכתוב בו.

החיסון בטוח, יעיל, ויחד עם עטיית מסכות, שמירה על ריחוק הפיזי, מניעת ההתקהלויות וההגבלות האחרות שמפחיתות את העברת הנגיף, נצליח בסוף לחזור לשגרה.

רוצים לדעת עוד על החיסון?

שמועות ושאלות על חיסון הקורונה

נתוני קורונה בישראל

powered by eran.dev

קהילת מדעת

הצטרפו לקהילת הפעילים והמתנדבים של העמותה

תרמו לעמותה

עזרו לנו לקדם את בריאות הציבור בישראל, לחברה בריאה יותר

לתרומה

מחלת קורונה - מרכז מידע

קישורים

- אפליקציה של משרד הבריאות לקבלת עדכונים שוטפים - קישור ל-apple store ול-google play
- הודעות דובר משרד הבריאות
- ערוץ העדכונים של משרד הבריאות בטלגרם
- אפליקציה של מגן דוד אדום (מד"א) הכוללת הנחיות מותאמות אישית
- יש לכם שאלות? מוזמנים לשאול בקהילת מדעת בפייסבוק
- לעדכונים על פעילות העמותה בפייסבוק - היכנסו לדף "מדעת"
- לעדכונים שוטפים בטוויטר - עקבו אחרינו: "@מדעת"

Postvaccination Mortality in the USA: unusual proportion of deaths in reports on vaccine reactions from January 2021

Hervé Seligmann – Haim Yativ

Feb13.2021 third draft

VAERS is the federal institution centralizing reports on adverse reactions to vaccines in the USA. Data are not extensive and are limited to those reported to VAERS. The data are publicly available since 1990 at: https://vaers.hhs.gov/data/datasets.html?

Inspection of these data across various years find consistent patterns in percentages of postvaccination deaths according to age classes. For each year, there are tens of thousands of individual cases reported.

In January 2021 there were 2947 reported cases, an amount similar to monthly amounts reported in previous years. Among these, 1980 were post-COVID-19 Pfizer and 954 Moderna vaccination reactions.

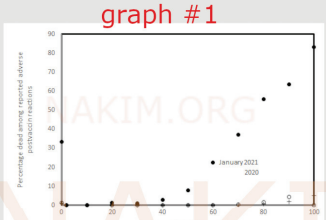
In January 2021, 456 postvaccination deaths were reported, which is unusually high. In January 2020, VAERS reports only 14 postvaccination deaths, and 166 deaths for the whole year 2020.

Overall, percentages of deaths according to age classes for January 2021 resembles those observed for previous years. However, the main difference is in the systematically much higher percentages of deaths, up to 150 times higher for age class 60 to 69.

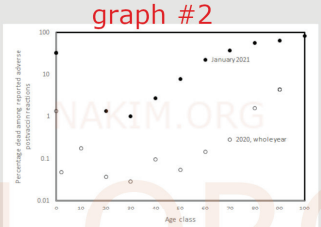
This suggests highly dangerous adverse effects by mRNA-based vaccine technology as compared to classical vaccines.

Figures summarizing the data along age classes are attached.

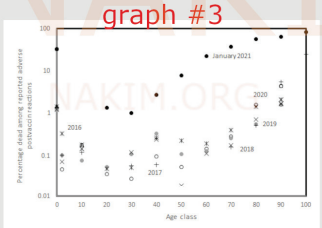
graph #1



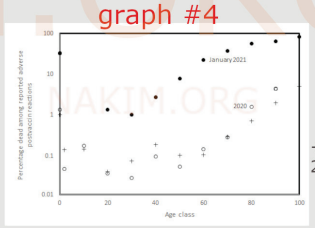
graph #2



graph #3



graph #4



+ avg year 2015-2019

percentage dead among reported adverse postvaccin reactions

	2021			2020			Percent died		
Age class	Died	Alive	All	Died	Alive	All	2021	2020	Ratio
0	1	2	3	36	2570	2606	33,3333	1,3814	
2	0	1	1	1	2076	2077	0,0000	0,0481	
10	0	12	12	5	2838	2843	0,0000	0,1759	
20	3	218	221	1	2690	2691	1,3575	0,0372	36,5
30	4	390	394	1	3501	3502	1,0152	0,0286	35,6
40	11	388	399	3	3127	3130	2,7569	0,0958	28,8
50	31	360	391	3	5518	5521	7,9284	0,0543	145,9
60	73	252	325	10	6873	6883	22,4615	0,1453	154,6
70	90	153	243	11	3819	3830	37,0370	0,2872	129,0
80	135	107	242	16	996	1012	55,7851	1,5810	35,3
90	72	41	113	6	131	137	63,7168	4,3796	14,5
100	5	1	6	0	6	6	83,3333	0,0000	!
110	0	0		0	2	2		0,0000	
Total+	456	2490	2946	166	43422	43588			

The vertical y-axis is the percentage of deaths among adverse postvaccination reports for each age class.

The horizontal x-axis are age classes, grouped each ten years, besides infants up to 2 years and children from 2 to 9.

Figure 1 compares mortalities vs reports percent in January 2021 with those across the whole year of 2021, presenting mortality percentages along a linear scale.

Figures 2-4 present the data along a logarithmic scale for the y axis, enabling a better inspection of the data.

Figures 3-4 include the January 2021 data and the following data:

Separate data for years 2016-2020 (Figure 3),

Separate data for 2020 and the average of years 2015-2019 (Figure 4).

These analyses of VAERS' biased sample of postvaccination adverse reports do not replace analyses of an unbiased sample of all vaccinated individuals, including postvaccination death cases unreported to VAERS. We got no answer yet for similar data from Israel, which were requested by one of us at the beginning of the 2nd week of February on the basis of the law for information freedom.

Full Pfizer Covid-19-vaccination multiplies by 15 mortality among COVID-19 patients, putatively by weakening the immune system

Hervé Seligmann and Haim Yativ
2nd draft

15. Mar. 2021

A German journalist, Alice Echtermann published data cumulated from December 20 to March 10, and presumably from the Israel Ministry of Health, on vaccinated and unvaccinated COVID-19 patients, https://correctiv.org/faktencheck/2021/03/11/covid-19-in-israel-nein-die-impfung-erzeugt-keine-40-mal-hoehere-sterblichkeit/.Her interpretation of these data, reacting to a nakim.org publication, is that vaccination decreased deaths, from1566 (unvaccinated) to709 (between doses), to 84(within 7 days after 2nd dose),and to 105 (7 days after 2nd dose)(Table 1). This is misleading because vaccination statuses differ in durations and sample sizes. Adjusted for time, there are 20(=1566/80), 34, 12 and 4 deaths/day for the different vaccination statuses, in the same order as above. Adjusted for total COVID-19 patient numbers, deaths/day per person increase from unvaccinated to fully vaccinated (Table 1) and are greater by 11.65, 27.92, and 15 (390-7.49)than for the unvaccinated (Table 1).This confirms a threefold increase in COVID-19 detection ratesduring the first 7 days after the 1st dose, as compared to initial COVID-19 rates on 1st dose injection day (http://www.nakim.org/israel-forums/download.php?id=727).

We also see that percentages of asymptomatic cases(community)decrease from unvaccinated to fully vaccinated.Vaccination probably weakens natural immune reactions, increases risks precisely for those vaccinationshould protect. We stress that 1. this does not include non-COVID-19 adverse reactions resulting from vaccination-induced immune system weakening, 2. our straightforward analyses are as true as reported data, and 3. results don't contradict the possibility that full vaccination decreases COVID-19 incidences. Point 3 requires information unreported in the original table, namely numbers of individuals without COVID-19 for each vaccination status. Notably, unlike other countries, the Israeli Health Ministry, does not recommendoutpatient care with potentially helpful medicines as zinc, ivermectin, or vitamins C and D. Massive vaccination should be reconsidered and all non-COVID-19 adverse reactions examined in relation to vaccination status.

COVID-19 status\Vacc. status	Unvacc.	1st dose	2nd dose < 7 days	2nd dose >7 days
Community(asymptomatic)	358454	51571	7675	4622
Light	3257	587	100	106
Medium	1454	466	54	59
Serious	3381	1083	165	149
Critical	714	172	17	37
Deceased	1566	709	84	105
Total	368826	54588	8095	5078
Days	80	21	7	~26 (1-52)
Dead per day/total per 10000	0.531	6.18	14.82	7.95(210-3.98)
Mortality increase vs unvacc.		11.65	27.92	14.99 (390-7.49)
Approximated maximal P		$1.2x10^{-79}$	$3.24x10^{-11}$	$5.06x10^{-59}$
Percent asymptomatic	97.19	94.47	94.81	91.02
Percent symptomatic/day	0.0352	0.2632	0.7412	0.3454 (8.98-0.17)
Increase symptomatic/unvacc.		7.49	21.09	9.83 (255.46-4.91)
Approximated maximal P		$2.17x10^{-4}$	0.164	0.00157

Table 1. Table from https://correctiv.org/faktencheck/2021/03/11/covid-19-in-israel-nein-die-impfung-erzeugt-keine-40-mal-hoehere-sterblichkeit/. Data from the Health Ministry show the COVID-19 cases for the period from December 20 until March 10. (Screenshot:CORRECTIV.Faktencheck). Translated from the Hebrew into English. Our additions are highlighted.

1/3 נספח לח'

פרופ' חגי לוין עוזב את תפקידו כחבר בקבינט המומחים הלאומי של תכנית "מגן ישראל" וכיו"ר איגוד רופאי בריאות הציבור בישראל

By חנן כהן | 10 בינואר 2021 Comment 0

מאז קיץ 2020 אני [חנן כהן] מתנדב כמידען באיגוד רופאי בריאות הציבור ומסייע באופן צמוד לפרופ' חגי לוין. הוא גם צירף אותי לקבוצת הווטסאפ של מומחי בריאות הציבור ושם אני נחשף לעובדות ודעות של אנשים שונים במשך המשבר.

אמש הודיע חגי שהוא מסיים את תפקידו כחבר בקבינט המומחים הלאומי של מגן ישראל ובמקביל, עוזב את תפקידו כיו"ר איגוד רופאי בריאות הציבור בישראל. הבוקר הודיע על הצטרפותו למפלגת תל"ם בראשותו של משה 'בוגי' יעלון.

הודעת העזיבה שלו היא בעיני סיכום ביניים טוב של מצב המאבק במגיפת הקורונה. ביקשתי ממנו רשות לפרסם כאן את ההודעה שלו. אני עושה זאת לפעמים עם טקסטים שאני חושב שראוי שיהיו זמינים ונגישים יותר לציבור.

כ"ו בטבת, ה'תשפ"א
9.1.2021

לכבוד
פרופ' נחמן אש, ראש תכנית "מגן ישראל"
פרופ' חזי לוי, מנכ"ל משרד הבריאות
פרופ' רן בליצר, יו"ר קבינט המומחים הלאומי

שלום רב,

הנדון: הודעת סיום תפקידי כחבר בקבינט המומחים הלאומי של תכנית "מגן ישראל"

חברים נכבדים,

מאז תחילת משבר הקורונה, האיגוד בראשו אני עומד ניסה לקדם גישה מקצועית למשבר אל מול עירוב אינטרסים לא עניינים בקבלת ההחלטות הפוליטית. לאור כישלון חרוץ בהליכי קבלת ההחלטות על ידי הדרג הפוליטי, תוך אובדן אמון הציבור, נוכחתי לדעת כי אנו זקוקים לרופאים ומדענים שיאזרו אומץ להשתלב בהנהגה הלאומית על מנת לבסס את קבלת ההחלטות על שיקולים מקצועיים.

2/3 נספח לח'

מאז הקמת קבינט המומחים המייעץ לראש תכנית "מגן ישראל", בתחילת הדרך בראשות פרופ' גמזו ולאחר מכן בראשות פרופ' אש, נאבקתי על קידום גישת בריאות הציבור בהמלצות קבינט המומחים. ניגשתי לתפקידי בחרדת קודש תוך הבנת האחריות הרבה המונחת על כתפי כולנו ובפרט על כתפיהם של בעלי התפקידים ומקבלי ההחלטות המקצועיים והפוליטיים להם מיועד הייעוץ של הקבינט.

הדיונים בקבינט היו עניינים ומקצועיים, גם אם סוערים, לנוכח תמונה מורכבת ואי-ודאות. כולנו פעלנו למען מטרה משותפת של הגנה על בריאות הציבור בישראל, לא רק מפני המחלה הנגרמת על ידי נגיף הקורונה, אלא גם מפני נזקי המשבר הבריאותי-חברתי-כלכלי, מהקשים בתולדות מדינת ישראל.

בדיונים הבעתי את עמדת ועד איגוד רופאי בריאות הציבור בישראל בראשו אני עומד. בקבינט ניסינו להגיע לעמדה מוסכמת, ומטבע הדברים לפעמים עמדת האיגוד היתה עמדת מיעוט ולעיתים עמדת רוב. לפי הצעתנו, יו"ר קבינט המומחים פרסם בשקיפות ובזמן אמת את סיכומי הדיון המפורטים לציבור הרחב תוך הצגת העמדות השונות. אני מצר מאוד על כך ששאר הפורומים העוסקים בקורונה נהגו בחוסר שקיפות ודיוניהם לא פורסמו בזמן אמת, עובדה שפגעה באמון הציבור ובהתמודדות עם המשבר.

לצערנו, נוכחנו שוב ושוב כי המלצות המומחים בבריאות הציבור נחשבות כקליפת השום עבור הממשלה. המלצות שזכו לתמיכתנו ולקונצנזוס בקבינט המומחים לצמצום ההדבקה והתחלואה בקורונה נדחו, כדוגמת דחיית פתיחת הקניונים. מנגד הוחלט על צעדים מזיקים למרות שקבינט המומחים התנגד להם, כדוגמת פארסת הסגר הלילי בחנוכה, שנדחתה לבסוף בלחץ ציבורי.

אני, כמו גם רוב מומחי בריאות הציבור בישראל, סבור כי הציבור בישראל נפל קורבן לקונספציה שגויה של מקבלי ההחלטות בדרג הפוליטי. למרות מאמצים שונים שלנו ושל גורמים אחרים במשרד הבריאות לקדם גישת קידום בריאות ובריאות הציבור להתמודדות עם המשבר, גישה זאת לא נוסתה בישראל באופן כוללני. במקום גישה טוטליטרית-משטרתית, צריך היה לפעול בשיתוף פעולה אמיתי ושקיפות עם הציבור, תוך יצירת אמון, סולידריות ומוטיבציה פנימית להקפדה על התנהגות בריאותית זהירה בתקופת הקורונה תוך הפעלת שיקול דעת וניהול סיכונים, אישי, קהילתי ולאומי. למרות ניסיונות שונים גישת בריאות הציבור נדחקה לשוליים. לו היינו הולכים בדרך זאת היינו מתמודדים טוב יותר הן עם התחלואה והתמותה מקורונה והן עם נזקי המשבר, תוך שמירה על לכידות חברתית ואמון הציבור, שהיה מקפיד יותר על ההנחיות הבריאותיות.

במקום זאת הממשלה בחרה לפעול בצעדים כוחניים, לא מידתיים ולא מאוזנים. בצד הנחיות הגיוניות ומקובלות, ניתנו מעת לעת הנחיות שרירותיות, חסרות עקביות והיגיון פנימי, אשר נאכפו באופן סלקטיבי על אוכלוסיות שונות. הממשלה, מסיבות פוליטיות צרות, מיאנה לפעול באופן דיפרנציאלי בהתאם לסיכון ולרמת התחלואה באיזורים שונים ואוכלוסיות שונות. תזמון הצעדים או היעדרם עורר בקרב הציבור חוסר אמון וחשש כבד לשיקולים אישיים ולא ענייניים מצד הדרג הפוליטי הבכיר ביותר.

יתר על כן, הממשלה סירבה להכיר בכך שמשבר הקורונה מחייב גישה רחבה ולא ניתן למדוד אותו באמצעות מדדי הדבקה, תחלואה ותמותה מקורונה בלבד. חרף הביקורת המקצועית של איגוד רופאי בריאות הציבור, הממשלה, בהובלת המל"ל, בחרה להסתמך על מדד פשטני של מספר המאומתים, שאיננו משקף את רמת ומגמת התחלואה האמיתית בישראל ובוודאי לא את מכלול השיקולים שצריכים לעמוד לנגד מקבלי ההחלטות. ביקשנו שוב ושוב להכניס במארג השיקולים גם נתונים על השפעת ההחלטות על הבריאות, החברה והכלכלה, אך זה לא קרה וקבלת ההחלטות נותרה חד מימדית ושלא על בסיס נתונים מלאים.

מצב עגום זה הגיע לידי שיא חדש בשבועות האחרונים, כאשר הממשלה סירבה לנקוט בצעדים מתחייבים לצמצום העליה בקצב התחלואה, כדוגמת הכישלון למנוע הפצת תחלואה על ידי הנכנסים בשדה התעופה בן גוריון. רק לאחר עליה משמעותית בתחלואה החליטה הממשלה למעבר לסגר מלא בעל השלכות הרסניות, ללא הבחנה וללא הפעלת שיקול דעת ותוך ניתוק מהציבור. הממשלה המשיכה בעקביות להתעלם מהצורך לפעול באופן דיפרנציאלי לפי רמת הסיכון תוך הבחנה בין איזורים אדומים וירוקים ותוך הבחנה בין פעילות באוויר הפתוח לבין פעילות בחלל סגור. הממשלה סירבה לאמץ את המלצת קבינט המומחים להגביל התקהלות בחלל סגור לחמישה אנשים במקום עשרה. כידוע, ההתקהלויות הן המקור העיקרי להדבקה ויישום כלל זה היה מייתר את הצורך במגבלת התנועה לאלף מטר ואת האיסור לבקר בביתו של אדם אחר. הטלת איסורים שיעילותם מוטלת בספק והפוגעים בחירות הפרט מעבר לנדרש, מובילה להתנגדות ולכן גורמת לנזק ולפגיעה של ממש בהתמודדות עם משבר הקורונה.

3/3 נספח לח'

להערכתי, משבר הקורונה הוא רק הקדימון לאתגרים הבריאותיים, סביבתיים, חברתיים וכלכליים בפניהם אנו ניצבים. על מנת להתמודד עם האתגרים הללו, אנו חייבים מנהיגות פוליטית שמסוגלת להבין את המורכבות ולפעול באחריות, בשיקול דעת, על בסיס נתונים, תוך מתן גיבוי לאנשי ונשות המקצוע, יצירת שותפויות פוליטיות ויכולת להנעת הציבור באופן חיובי. לצערי, נחשפתי בתקופת הקורונה, כמו כולנו, כיצד כניעה של הדרג הפוליטי לאינטרסים אישיים ופוליטיים צרים והשפעה של קבוצות לחץ גורמות לנזק חמור לבריאות הציבור ולחוסנה של מדינת ישראל.

לנוכח גודל השעה, הצורך לרפא את ישראל והאיומים החמורים על בריאות הציבור בתקופה זאת, ולנוכח השפל הפוליטי והערכי, אני חש מחויבות עמוקה לבחון את הדרך שבה אוכל להשפיע במידה הרבה ביותר לטובת הציבור בישראל.
לאור זאת אני מודיע על סיום תפקידי כחבר בקבינט המומחים הלאומי של מגן ישראל.
במקביל, אעזוב את תפקידי כיו"ר איגוד רופאי בריאות הציבור בישראל.

בטוחני שאיגוד רופאי בריאות הציבור ימשיך להשמיע עמדה מקצועית מאוזנת ולסייע למאמץ הלאומי להתמודדות עם המשבר.

אני מברך על הקצב המסחרר של מבצע החיסונים בישראל, הודות לעבודתם המופלאה והמצוינת של עובדי ועובדות מערכת הבריאות, בכל הדרגים. מבצע החיסונים יציל חיים רבים. גם בנושא זה ראינו לאחרונה כיצד השר לביטחון פנים מסכן חיי אדם כאשר בחוסר סמכות וחוסר אחריות מונע מאסירים מעל גיל 60 להתחסן בהתאם לתעדוף הלאומי, וזאת תוך השתלחות באיש מקצוע בכיר במשרד הבריאות
כולי תקווה שנצליח בקרוב לחסן את רוב אזרחי ישראל הבוגרים ולצאת מהשלב הראשון של ההתמודדות עם המשבר, שאת השלכותיו עוד נחווה זמן רב.
כתמיד, אני עומד לרשותכם ובטוחני שנמשיך לשתף פעולה לקידום בריאות הציבור בישראל. אמשיך לפעול לטובת התמודדות מושכלת עם משבר הקורונה ולטובת קידום בריאות הציבור והחברה בישראל.

מחזק אתכם בשעה קשה זו ובטוחני שתמשיכו לעשות כמיטב יכולתכם למען בריאות הציבור בישראל, בתנאים מאתגרים ומורכבים.

בברכת בריאות,
פרופ' חגי לוין, יו"ר איגוד רופאי בריאות הציבור בישראל, ההסתדרות הרפואית

העתקים:
פרופ' איתמר גרוטו, המשנה למנכ"ל משרד הבריאות
ד"ר שרון אלרעי פרייס, ראש שרותי בריאות הציבור
פרופ' נדב דוידוביץ', יו"ר פורום בריאות הציבור, ההסתדרות הרפואית
פרופ' ציון חגי, יו"ר ההסתדרות הרפואית
חברי ועד איגוד רופאי בריאות הציבור בישראל, ההסתדרות הרפואית
חברי קבינט המומחים

Category: כללי

1/1 נספח לט׳

Note: See also this list of other important groups of scientists & doctors with similar recommendations.
Note: See also this endorsement of this letter by former US Surgeon General Richard Carmona.

Alternate formats / languages: HTML: EN; PDF: EN, ES, FR, IT, DE

#VitaminDforAll *(for questions or fact checking assistance, contact press@vitaminDforAll.org)*

Over 200 Scientists & Doctors Call For Increased Vitamin D Use To Combat COVID-19

Scientific evidence indicates vitamin D reduces infections & deaths

To all governments, public health officials, doctors, and healthcare workers,
[Residents of the USA: Text "VitaminDforAll" to 50409 to send this to your state's governor.]

Research shows low vitamin D levels almost certainly promote COVID-19 infections, hospitalizations, and deaths. Given its safety, **we call for immediate widespread increased vitamin D intakes**.

Vitamin D modulates thousands of genes and many aspects of immune function, both innate and adaptive. The scientific evidence[1] shows that:

- Higher vitamin D blood levels are associated with lower rates of SARS-CoV-2 infection.
- Higher D levels are associated with lower risk of a severe case (hospitalization, ICU, or death).
- Intervention studies (including RCTs) indicate that vitamin D can be a very effective treatment.
- Many papers reveal several biological mechanisms by which vitamin D influences COVID-19.
- Causal inference modelling, Hill's criteria, the intervention studies & the biological mechanisms indicate that **vitamin D's influence on COVID-19 is very likely causal**, not just correlation.

Vitamin D is well known to be essential, but most people do not get enough. Two common definitions of inadequacy are deficiency < 20ng/ml (50nmol/L), the target of most governmental organizations, and insufficiency < 30ng/ml (75nmol/L), the target of several medical societies & experts.[2] Too many people have levels below these targets. **Rates of vitamin D deficiency <20ng/ml exceed 33% of the population in most of the world, and most estimates of insufficiency <30ng/ml are well over 50% (but much higher in many countries).**[3] Rates are even higher in winter, and several groups have notably worse deficiency: the overweight, those with dark skin (especially far from the equator), and care home residents. These same groups face increased COVID-19 risk.

It has been shown that 3875 IU (97mcg) daily is required for 97.5% of people to reach 20ng/ml, and 6200 IU (155mcg) for 30ng/ml,[4] intakes far above all national guidelines. Unfortunately, the report that set the US RDA included an admitted statistical error in which required intake was calculated to be ~10x too low.[4] Numerous calls in the academic literature to raise official recommended intakes had not yet resulted in increases by the time SARS-CoV-2 arrived. Now, many papers indicate that vitamin D affects COVID-19 more strongly than most other health conditions, with increased risk at levels < 30ng/ml (75nmol/L) and severely greater risk < 20ng/ml (50nmol/L).[1]

[1] The evidence was comprehensively reviewed (188 papers) through mid-June [Benskin '20] & more recent publications are increasingly compelling [Merzon et al '20; Kaufman et al '20; Castillo et al '20]. (See also [Jungreis & Kellis '20] for deeper analysis of Castillo et al's RCT results.)
[2] E.g.: 20ng/ml: National Academy of Medicine (US, Canada), European Food Safety Authority, Germany, Austria, Switzerland, Nordic Countries, Australia, New Zealand, & consensus of 11 international organizations. 30ng/ml: Endocrine Society, American Geriatrics Soc., & consensus of scientific experts. See also [Bouillon '17].
[3] [Palacios & Gonzalez '14; Cashman et al '16; van Schoor & Lips '17] Applies to China, India, Europe, US, etc.
[4] [Heaney et al '15; Veugelers & Ekwaru '14]

Evidence to date suggests the possibility that the COVID-19 pandemic sustains itself in large part through infection of those with low vitamin D, and that deaths are concentrated largely in those with deficiency. The mere possibility that this is so should compel urgent gathering of more vitamin D data. Even without more data, **the preponderance of evidence indicates that increased vitamin D would help reduce infections, hospitalizations, ICU admissions, & deaths**.

Decades of safety data show that vitamin D has very low risk: Toxicity would be extremely rare with the recommendations here. The risk of insufficient levels far outweighs any risk from levels that seem to provide most of the protection against COVID-19, and this is notably different from drugs. Vitamin D is much safer than steroids, such as dexamethasone, the most widely accepted treatment to have also demonstrated a large COVID-19 benefit. Vitamin D's safety is more like that of face masks. **There is no need to wait for further clinical trials to increase use of something so safe, especially when remedying high rates of deficiency/insufficiency should already be a priority.**

Therefore, we call on all governments, doctors, and healthcare workers worldwide to immediately recommend and implement efforts appropriate to their adult populations to increase vitamin D, at least until the end of the pandemic. Specifically to:

1. Recommend amounts from all sources sufficient to **achieve 25(OH)D serum levels over 30ng/ml (75nmol/L)**, a widely endorsed minimum with evidence of reduced COVID-19 risk.
2. Recommend to adults **vitamin D intake of 4000 IU (100mcg) daily** (or at least 2000 IU) in the absence of testing. 4000 IU is widely regarded as safe.[5]
3. Recommend that adults at increased risk of deficiency due to excess weight, dark skin, or living in care homes may need higher intakes (eg, 2x). Testing can help to avoid levels too low or high.
4. Recommend that adults not already receiving the above amounts get 10,000 IU (250mcg) daily for 2-3 weeks (or until achieving 30ng/ml if testing), followed by the daily amount above. This practice is widely regarded as safe. The body can synthesize more than this from sunlight under the right conditions (e.g., a summer day at the beach). Also, the NAM (US) and EFSA (Europe) both label this a "No Observed Adverse Effect Level" even as a daily maintenance intake.
5. **Measure 25(OH)D levels of all hospitalized COVID-19 patients** & treat w/ calcifediol or D3, to at least remedy insufficiency <30ng/ml (75nmol/L), possibly with a protocol along the lines of Castillo et al '20 or Rastogi et al '20, until evidence supports a better protocol.

Many factors are known to predispose individuals to higher risk from exposure to SARS-CoV-2, such as age, being male, comorbidities, etc., but **inadequate vitamin D is by far the most easily and quickly modifiable risk factor with abundant evidence to support a large effect**. Vitamin D is inexpensive and has negligible risk compared to the considerable risk of COVID-19.

Please Act Immediately

[5] The following include 4000 IU within their tolerable intakes in official guidelines: NAM (US, Canada), SACN (UK), EFSA (Europe), Endocrine Society (international), Nordic countries, The Netherlands, Australia & New Zealand, UAE, and the American Geriatrics Soc. (USA, elderly). No major agency specifies a lower tolerable intake limit. The US NAM said 4000 IU "is likely to pose no risk of adverse health effects to almost all individuals." See also [Giustina et al '20].

The signatories below endorse this letter. Affiliations do not imply endorsement of the letter by the institutions themselves.

This letter takes no position on other public health measures besides vitamin D. Personal views of individual signatories on any other matter do not represent the group as a whole.

All signatories declare no conflicts of interest except as noted.
To emphasize: **The organizing signatories have no conflicts of interest in this area (financial or otherwise)**, nor have they done research in this area prior to 2020.

Signatories (220 total; other counts at the end)	recom-mended intake	personal daily intake
Dr. Karl Pfleger, PhD AI & Computer Science, Stanford. Former Google Data Scientist. Biotechnology Investor, AgingBiotech.info, San Francisco, CA, USA. (organizing signatory)	4000 IU	7000 IU
Dr. Gareth Davies, PhD Medical Physics, Imperial College, London, UK. Codex World's Top 50 Innovator 2019. Independent Researcher. Lead author of "Evidence Supports a Causal Role for Vitamin D Status in COVID-19 Outcomes." (organizing signatory)	4000 IU	10,000 IU
Dr. Bruce W Hollis, PhD. Professor of Pediatrics, Medical University of South Carolina, USA.	4000 IU	6000 IU
Dr. Barbara J Boucher, MD, FRCP (London). Honorary Professor (Medicine), Blizard Institute, Bart's & The London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary University of London, UK. (significantly contributing signatory)	4000 IU	2000 IU
Dr. Ashley Grossman, MD FRCP FMedSci. Emeritus Professor of Endocrinology, University of Oxford, UK. Professor of Neuroendocrinology, Barts and the London School of Medicine. 2020 Endocrine Society Laureate Award.	2000 IU	2200 IU
Dr. Gerry Schwalfenberg, MD, CCFP, FCFP. Assistant Clinical Professor in Family Medicine, University of Alberta, Canada.	4000 IU	5000 IU
Dr. Giovanna Muscogiuri, MD PhD. Associate Editor, European Journal of Clinical Nutrition. Department of Clinical Medicine and Surgery, Section of Endocrinology, University "Federico II" of Naples, Naples, Italy..	4000 IU	1000 IU
Dr. Michael F. Holick, PhD MD. Professor Medicine, Physiology and Biophysics and Molecular Medicine, Director Vitamin D, Skin and Bone Research Laboratory, Boston University Medical Center, USA. (6000 IU) Disclosure: Consultant Biogena and speaker's Bureau Abbott Inc.	4000 IU	6000 IU
Dr. John Umhau, MD, MPH. CDR, USPHS (ret). President, Academy of Medicine of Washington, DC, USA. Ex-NIH: co-author of the first peer-reviewed report linking vitamin D deficiency with acute respiratory infection. (significantly contributing signatory)	4000 IU	5000 IU
Dr. Pawel Pludowski, MD, dr hab. Associate Professor, Biochemistry, Radioimmunology and Experimental Medicine, Children's Memorial Health Institute, Warsaw, Poland. Chair, European Vitamin D Association (EVIDAS) [non-profit].	4000 IU	2000 IU
Dr. Cedric F. Garland, DrPH. Professor Emeritus, Department of Family Medicine and Public Health, University of California, San Diego, USA.	4000 IU	6000 IU
Dr. Jose M. Benlloch, PhD. Professor, Director of the Institute for Instrumentation on Molecular Imaging, CSIC-UPV, Valencia, Spain.	2000 IU	3000 IU
Dr. Samantha Kimball, PhD, MLT. Professor, St. Mary's University, Calgary, Alberta, Canada. Research Director, GrassrootsHealth Nutrient Research Institute [non-profit]. (significantly contributing signatory)	4000 IU	6000 IU
Dr. William B. Grant. PhD Physics, U. of California, Berkeley. Director at Sunlight, Nutrition, and Health Research Center [non-profit], San Francisco, CA, USA. Disclosure: Receives funding from Bio-Tech Pharmacal, Inc.	4000 IU	5300 IU
Dr. Carol L. Wagner, MD. Professor, Medical University of South Carolina, USA.	4000 IU	5000 IU
Dr. Paul Marik, MD, FCCP, FCCM. Chief of Pulmonary and Critical Care Medicine and Professor of Medicine, Eastern Virginia Medical School, Norfolk, VA, USA.	2000 IU	2000 IU
Dr. Morry Silberstein, MD. Associate Professor, Curtin University, Australia.	4000 IU	
Dr. Vatsal Thakkar, MD. Founder, Reimbursify, NY, USA. Former faculty, NYU and Vanderbilt. Op-Ed writer on Vitamin D and COVID-19. (significantly contributing signatory)	4000 IU	10,000 IU
Dr. Peter H Cobbold, PhD. Emeritus Professor, Cell Biology, University of Liverpool, UK.	4000 IU	4000 IU
Dr. Afrozul Haq, PhD. Professor Dept of Food Technology, Jamia Hamdard University, New Delhi, India.	4000 IU	2000 IU
Dr. Barry H. Thompson, MD, FAAP, FACMG. Clinical Associate Professor (Pediatrics), Uniformed Services University of the Health Sciences, Bethesda, MD, USA.	4000 IU	5000 IU
Dr. Reinhold Vieth, PhD, FCACB. Professor, Departments of Nutritional Sciences and Laboratory Medicine & Pathobiology, University of Toronto, Canada. Director (retired), Bone and Mineral Group Laboratory, Mt Sinai Hospital. Disclosure: Receives patent royalties from Ddrops (an infant vitamin D supplement).	4000 IU	4000 IU
Dr. Linda Benskin, PhD, RN, SRN(Ghana), CWCN, CWS, DAPWCA. Independent Researcher for Tropical Developing Countries and Ferris Mfg. Corp, Texas, USA. (significantly contributing signatory)	4000 IU	4000 IU
Jim O'Neill, CEO, SENS Research Foundation. Former principal associate deputy secretary of Health and Human Services, USA.	4000 IU	6000 IU
Dr. Eric Feigl-Ding, PhD. Epidemiologist & Health Economist. Senior Fellow, Federation of American Scientists. USA.	4000 IU	5000 IU
Rt Hon David Davis MP, Member of Parliament (Conservative Party). BSc, Joint Hons Molecular Science / Computer Science, Warwick University, UK.	4000 IU	6000 IU
Dr. Rupa Huq MP, Member of Parliament (Labour Party). PhD, Cultural Studies, University of East London, UK.	4000 IU	
Dr. Susan J Whiting, PhD. Professor Emerita, University of Saskatchewan, Canada.	4000 IU	4000 IU
Dr. Richard Mazess. PhD. Emeritus Professor, University of Wisconsin, Madison, USA.	4000 IU	5000 IU
Dr. Helga Rhein, MD (retired). Sighthill Health Centre, Edinburgh, UK. (significantly contributing signatory)	4000 IU	3500 IU
Dr. Andrea Doeschl-Wilson, PhD. Professor of Infectious disease genetics and modelling, The Roslin Institute, University of Edinburgh, UK.	2000 IU	
Dr. Ute-Christiane Meier. Dr med habil. PhD (Oxon). Dipl-Biol. Visiting lecturer. Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College, London, UK and Privatdozentin, Ludwig Maximilian University of Munich, Germany. Disclosure: Patent 20160131666: "Biomarkers for inflammatory response."	4000 IU	2500 IU
Dr. Luigi Gennari, MD PhD. Full Professor, Internal Medicine, Department of Medicine, Surgery and Neurosciences, University of Siena, Siena, Italy.	4000 IU	3500 IU
Dr. Ased Ali, MBChB, PhD, FRCS. Consultant Urological Surgeon, Mid Yorkshire Hospitals NHS Trust, UK.	4000 IU	8000 IU
Dr. Pavel Kocovsky, PhD DSc FRSE FRSC. Professor Charles University, Prague, and Czech Academy of Sciences, Czech Republic.	4000 IU	6000 IU
Dr. Ace Lipson, MD. Endocrinologist. Clinical Professor, George Washington University, Washington, DC, USA.	4000 IU	2000 IU
Dr. Attila R Garami, MD, PhD Multidisciplinary Medical Sciences. Senior Biomarker Consultant, Switzerland.	4000 IU	2500 IU
Dr. David S Grimes, MD (retired), FRCP, University of Manchester, UK.	4000 IU	4000 IU
Dr. Larry Callahan, PhD. Chemist, FDA, Maryland, USA.	2000 IU	3000 IU
Dr. Jeanne M Marconi, MD, Pediatrics. Vice President of PM Pediatrics, New York, USA.	4000 IU	5000 IU
Dr. Spiros Karras, MD. Endocrinologist, Department of Endocrinology and Metabolism-Diabetes Center, 1st Department of Internal Medicine, AHEPA University Hospital, Thessaloniki, Greece.	2000 IU	2000 IU
Dr. Joanna Byers, MBChB, University of Birmingham, UK.	4000 IU	5000 IU
Dr. Jaimin Bhatt, MBChB, MMed(Surgery) FRCS(Urol) FEBU. Consultant Urological Surgeon, Queen Elizabeth University Hospital, NHS Greater Glasgow and Clyde, UK. (2000 IU)	4000 IU	2000 IU
Dr. Christiane Northrup, MD. Obstetrician/Gynecologist, USA.	4000 IU	7500 IU
Dr. Jörg Spitz, Dr med. Academy of Human Medicine, Schlangenbad, Germany.	4000 IU	10,000 IU
Dr. Naghmeh Mirhosseini, MD, PhD, MPH. Research Associate, School of Public Health, University of Saskatchewan, Canada..	4000 IU	5000 IU
Dr. Iacopo Chiodini, MD. Associate Professor of Endocrinology, Dept. of Medical Biotechnology and Translational Medicine, University of Milan, Milan, Italy. Head, Unit for Bone Metabolism Diseases and Diabetes, Istituto Auxologico Italiano, IRCCS, Milan, Italy.	4000 IU	3500 IU
Dr. David C Anderson, MD MSc FRCP FRCPE FRCPath. Retired Physician and Endocrinologist, Former Professor of Endocrinology, Manchester University, UK and Professor of Medicine, The Chinese University of Hong Kong.	4000 IU	4000 IU
Dr. Colin Bannon, MBChB. GP (retired), Devon, UK.	4000 IU	5000 IU
Dr. Patricia S. Latham, MD EdD. Professor of Pathology & Medicine, George Washington University School of Medicine and Health Sciences, Washington, DC, USA.	2000 IU	2000 IU
Dr. Teresa Fuller, MD PhD. Pediatrician, Owings Mills, MD, USA.	4000 IU	5000 IU
Dr. Omar Wasow, PhD, Harvard. Assistant Professor, Politics, Princeton University, NJ, USA.	4000 IU	4000 IU
Dr. Fabio Vescini, MD PhD. Endocrinology and Metabolism Unit, University-Hospital S. Maria della Misericordia, Italy.	2000 IU	2000 IU
Dr. Emily Grossman, PhD Molecular Biology, University of Manchester, UK. Science Author, Broadcaster and Educator.	4000 IU	4000 IU
Dr. David Carman, MBChB, University of Cape Town, South Africa.	4000 IU	3000 IU
Dr. Kalliopi Kotsa, MD PhD. Professor, Endocrinology-Diabetes, Dept of Medicine, Aristotle University, Thessaloniki, Greece.	4000 IU	4000 IU
Dr. Eva Kocovska, PhD, Queen Mary University of London. Gillberg Neuropsychiatry Centre, University of Gothenburg, Sweden. Medical College, Prague, Czech Republic.	2000 IU	2000 IU
Dr. Benjamin Jacobs, MBBS MD MRCP(UK) FRCPCH. Royal National Orthopaedic Hospital, UK.	2000 IU	2000 IU
Dr. Joan Lappe, PhD RN FAAN. Professor, Creighton University, Omaha, Nebraska, USA.	4000 IU	
Dr. Ronald A. Primas, MD FACP FACPM DABIHM CTH. New York, NY, USA.	4000 IU	4000 IU
Dr. Cristina Eller Vainicher, MD. Unit of Endocrinology, Fondazione Ca'Granda IRCCS OSpedale Maggiore Policlinico Milan, Italy. Head of the outpatients clinic for osteoporosis.	4000 IU	3500 IU
Dr. Matthias Gauger, MD. General Practitioner, Switzerland.	2000 IU	3000 IU
Dr. David Warwick, DDS. Dentist, Alberta, Canada. Published Researcher.	4000 IU	8000 IU
Dr. Sunil J. Wimalawansa, MD PhD MBA FRCP FRCPath FACE FACP DSc. Professor of Medicine, Endocrinology & Nutrition, Cardiometabolic & Endocrine Institute, New Jersey, USA.	4000 IU	5000 IU
Perry S. Holman. Executive Director, Vitamin D Society [non-profit], Canada.	4000 IU	4000 IU
Sharon McDonnell, MPH. Biostatistician, GrassrootsHealth Nutrient Research Institute [non-profit], Encinitas, CA, USA.	4000 IU	5000 IU
Mike Fischer. Founder, VitaminDassociation.org [non-profit]. Director of Research, Systems Biology Laboratory, UK.	4000 IU	4000 IU
Dr. Lina Zgaga, MD, PhD. Associate Professor of Epidemiology, Trinity College Dublin, University of Dublin, Ireland.	2000 IU	3000 IU
Dr. Irwin Jungreis, PhD, Harvard University. Research Scientist, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, MA, USA.	2000 IU	2700 IU
Dr. Jane Coad, PhD. Professor of Nutrition, Massey University, New Zealand.	4000 IU	2000 IU
Dr. Cedric Annweiler, MD PhD. Professor of Geriatric Medicine, School of Medicine, Health Faculty, University of Angers and Department of Medicine, Clinique de l'Anjou, Angers, France. Disclosure: occasional consultant for Mylan Laboratories Inc.	2000 IU	2000 IU
Dr. Salvatore Minisola, MD. Full Professor of Internal Medicine, "Sapienza" Rome University, Italy.	4000 IU	
Dr. Mats B. Humble, MD PhD. Psychiatrist (retired), Senior lecturer, Department of Medical Sciences, Örebro University, Sweden.	2000 IU	3000 IU
Dr. Andrea Fabbri, MD PhD. Professor of Endocrinology, Head Endocrinology Division, Ospedale CTO A. Alesini, University of Rome Tor Vergata, Rome, Italy.	4000 IU	7000 IU
Dr. Steve Jones, PhD FRS. Emeritus Professor of Human Genetics, Dept of Genetics, Evolution and Environment, University College London, UK.	4000 IU	
Dr. Hermann Brenner, MD MPH. Professor of Epidemiology, Head of Clinical Epidemiology and Aging Research, German Cancer Research Center, Heidelberg, Germany.	2000 IU	2000 IU
Dr. Helder F. B. Martins, MD PhD (hon).Specialist & Emeritus Professor of Public Health. Former Minister of Health, Mozambique. Former WHO. Member, Mozambican Government COVID-19 advisory committee.	4000 IU	4000 IU
Dr. G. Siegfried Wedel, MD. Internist-Nephrologist (retired), Vierhöfen, Germany.	4000 IU	8000 IU
Dr. Robin Weiss, PhD FRCPath FMedSci FRS. Emeritus Professor of Viral Oncology, Division of Infection & Immunity, University College London, UK.	4000 IU	2000 IU
Dr. Giancarlo Isaia, MD. Full Professor, University of Turini. President of the Academy of Medicine of Turin, Italy.	2000 IU	
Dr. Susanne Bejerot, MD. Professor, Örebro University, Sweden.	2000 IU	3000 IU
Dr. Antonio D'Avolio, PhD. Professor of Pharmacology, University of Turin, Italy.	4000 IU	4000 IU
Dr. Gustavo Duque, MD PhD FRACP FGSA. Chair of Medicine & Director of the Australian Institute for Musculoskeletal Science (AIMSS). The University of Melbourne and Western Health, Melbourne, Australia.	2000 IU	0 IU
Dr. Giovanni Passeri, MD PhD. Associate Professor, Internal Medicine, Dep. of Medicine and Surgery, University of Parma, Parma, Italy.	4000 IU	4000 IU
Dr. Pankaj Kapahi, PhD. Professor, Buck Institute for Research on Aging, Novato, California, USA.	4000 IU	
Dr. Giuseppe Poli, MD PhD. Emeritus Professor of General Pathology, University of Turin, Italy.	2000 IU	2000 IU
Dr. Patrick McCullough, MD. Chief of Medical Services, Summit Behavioral Healthcare, Cincinnati, Ohio USA.	4000 IU	50,000 IU
Dr. Prashanth Kulkarni, MD DM FSCAI FACC. Consultant Cardiologist, Hyderabad, India.	4000 IU	4000 IU
Dr. Klaus Badenhoop, MD PhD. Professor, Division of Endocrinology & Diabetes, Department of Internal Medicine, Goethe-University Hospital, Frankfurt am Main, Germany.	4000 IU	4000 IU
Dr. José-María Sánchez-Puelles, PhD. Senior Researcher, CIB Margarita Salas, CSIC, Spain	2000 IU	
Dr. Carmelinda Ruggiero, MD PhD. Professor of Geriatric Medicine, School of Medicine, University of Perugia, Italy. Head of the Orthogeriatric Unit, S Maria Misericordia Teaching Hospital, Perugia, Italy. Disclosure: Occasional consultant for UCB Pharma.	4000 IU	4000 IU
Dr. Jose Manuel Quesada Gomez, MD, PHD, Honorary Professor, University of Cordoba. Maimonides Research Institute, Cordoba. Spain.	2000 IU	Calcifediol 266ug/month
Dr. Giovanni Minisola, MD. President Emeritus of Italian Society for Rheumatology. Scientific Director of "San Camillo - Forlanini" Foundation, Rome, Italy.	4000 IU	
Christine French, MS. Research Analyst at GrassrootsHealth Nutrient Research Institute [non-profit], Encinitas, CA, USA.	4000 IU	5000 IU
Dr. Patrizia Presbitero, MD. Clinical and interventional cardiology, Cardio Center, Humanitas Research Hospital Rozzano, Rozzano, Milan, Italy.	4000 IU	
Dr. Ken Redcross, MD. Doctor and on-camera medical expert, New York, USA. Disclosure: scientific advisory board of the Organic & Natural Health Association.	4000 IU	10,000 IU
Dr. Rajeev Venugopal, MBBS FRCS FACS DM. Consultant Plastic Surgeon/ Associate Lecturer in Surgery, University of the West Indies at Mona, Jamaica.	2000 IU	2000 IU
Dr. Gianluca Isaia, MD PhD. Geriatrician, Section of Geriatrics, Department of Medical Sciences, University of Turin, A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, Molinette, Turin, Italy.	2000 IU	2000 IU
Dr. Piero Stratta, MD. Professor of Nephrology, University Piemonte Orientale, Italy.	4000 IU	4000 IU
Dr. Ben Schöttker, PhD. Scientist, Division of Clinical Epidemiology and Ageing Research, German Cancer Research Center, Heidelberg, Germany.	2000 IU	1400 IU
Dr. Roberto Fantozzi, MD. Full Professor of Pharmacology, University of Turin, Turin, Italy.	4000 IU	2000 IU
Dr. Sheryl L Bishop, PhD. Professor Emeritus, University of Texas Medical Branch, School of Nursing, Galveston, Texas, USA.	4000 IU	2000 IU
Dr. Wayne Jonas, MD. Professor of Family Medicine, Georgetown University. Former Director NIH Office of Alternative Medicine, USA.	2000 IU	
Dr. Ferdinando Silveri, Medical Director of the Rheumatology Clinic of the Marche Polytechnic University, Ancona, Italy.	4000 IU	
Dr. Vatsalya Vatsalya, MD. Department of Medicine, University of Louisville. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism NIH, USA.	2000 IU	
Dr. Rachel Nicoll, PhD. Medical researcher, Umeå University, Sweden.	4000 IU	4000 IU
Dr. Fausto Crapanzano, MD, Physical Medicine and Rehabilitation. Chief, MFR Department, Provincial Health Authority, Agrigento, Italy.	4000 IU	
Dr. Raimund von Helden, Dr med. Family medicine. Institute VitaminDelta, Lennestadt, Germany. Disclosure: Institute VitaminDelta sells consumer advice including on vitamin D for modest cost, but with no ties to other commercial interests.	4000 IU	8000 IU
Carole Baggerly, Founder & Director, GrassrootsHealth Nutrient Research Institute [non-profit], Encinitas, CA, USA.	4000 IU	10,000 IU
Dr. Edward Gorham, PhD MPH. Adjunct Professor, University of California San Diego, School of Medicine, Dept of Family Medicine and Public Health, USA.	4000 IU	10,000 IU
Dr. David Verhaeghen, MD, Anesthesiology, Algology and Pain Medicine, Aalst, Belgium.	2000 IU	3000 IU
Dr. Silvia Migliaccio, MD PhD. Associate Professor at University Foro Italico of Roma, Italy. Secretary of the Italian Society of Food Sciences.	4000 IU	1000 IU
Dr. Vítor Oliveira, MD, Internal Medicine, Brazil.	4000 IU	5000 IU
Dr. Djamel Deramchi, MD. Functional medicine. GrassrootsHealth Certified Vitamin D*practitioner and Coimbra Protocol Certified Doctor. France.	4000 IU	10,000 IU
Dr. William Shaver, MD. Physician, Gastroenterologist, Lubbock, TX, USA.	4000 IU	5000 IU
Dr. Wim Soetaert, PhD. Prof. Microbiology & Biotechnology, Ghent University, Centre for Industrial Biotechnology and Biocatalysis (InBio.be), Belgium.	4000 IU	5000 IU
Dr. Mark S. Braiman, PhD. Professor of Chemistry, Syracuse University, USA.	4000 IU	10,000 IU
Dr. Mikko Paunio, MD PhD MHS. Adjunct Professor in General Epidemiology, University of Helsinki. Medical Counselor Ministry of Social Affairs and Health, Finland.	4000 IU	6000 IU
Dr. Olaf Dathe, Dr med. OBGYN, Munich, Germany.	4000 IU	6500 IU
Dr. Manfred Eggersdorfer, PhD. Professor for Healthy Ageing, University Medical Center Groningen, The Netherlands. Member of the Advisory Board of the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Disclosure: Head of Nutrition Science and Advocacy, DSM Nutritional Products. Member of the scientific board of PM International.	2000 IU	2000 IU
Dr. Chris Newton, PhD. Research director, Centre for Immuno-Metabolism, Microbiome and Bio-energetic Research (CIMMBER), UK.	4000 IU	4000 IU
Dr. Doreen Brodmann, Dr med. Head of Nephrology, Spitalzentrum Oberwallis, Switzerland.	4000 IU	10,000 IU
Dr. Srijit Mishra, PhD, Economics. Professor, Indira Gandhi Institute of Development Research, Mumbai, India.	2000 IU	
Dr. Marco Infante, MD. Adjunct Professor of Endocrinology, UniCamillus - Saint Camillus International University of Health Sciences, Rome, Italy.	4000 IU	4000 IU
Dr. Jean-Marc Sabatier, PhD HDR. Director of research at CNRS (French National Centre for Scientific Research), Institut de NeuroPhysiopathologie (INP), Marseille, France.	4000 IU	4000 IU
Dr. Mohsin Sidat, MD PhD. University Eduardo Mondlane, Mondlane, Mozambique.	2000 IU	2000 IU
Dr. Pallavi Devulapalli, MBBS MRCGP. Hospital Practitioner in Dermatology. GP, Vide Healthcare. Norfolk, UK.	2000 IU	
Dr. Dimitrios T. Papadimitriou, MD PhD. Director, Department of Pediatric-Adolescent Endocrinology & Diabetes, Athens Medical Center, Greece.	4000 IU	10,000 IU
Dr. Bodo Schertel, Dr med. Professor, Hochschule Mannheim, Germany.	4000 IU	10,000 IU
Dr. Jahit Sacarlal, MD PhD MPH. Professor, Department of Microbiology, Eduardo Mondlane University, Maputo, Mozambique.	4000 IU	7500 IU
Dr. Espen Haug, Phd. Professor, School of Economics and Business, Norwegian University of Life Sciences (NMBU), Norway.	4000 IU	5000 IU
Dr. Martin Hewison, PhD. Professor of Molecular Endocrinology, Institute of Metabolism and Systems Research, University of Birmingham, Birmingham, UK. Disclosure: Received honorarium from Thornton Ross (UK) for online seminar.	2000 IU	2000 IU
Dr. Damien Downing, MBBS MRSB. President, British Society for Ecological Medicine, UK.	4000 IU	8000 IU
Dr. Linda A. Linday, MD. Assistant Clinical Professor of Pediatrics, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY, USA.	4000 IU	4000 IU
Dr. Rose Anne Kenny, MD FRCP FRCPI FRCPEdin FTCD FESC MRIA. Professor, Chair of Medical Gerontology, Trinity College, Dublin, Ireland.	2000 IU	2000 IU
Dr. Mihkel Zilmer, Dr. med. Professor, Medical Biochemistry, Head of Department of Biochemistry, Tartu University, Faculty of Medicine, Estonia.	2000 IU	2000 IU
Dr. Jaan Eha, MD PhD. Professor of Cardiology, Tartu University, Faculty of Medicine, Estonia.	2000 IU	2000 IU
Dr. Anna Moore, MBBS PgDipNutrMed, London, UK.	2000 IU	2000 IU
Dr. Roger D. Seheult, MD. Assistant Professor, Loma Linda University School of Medicine. Associate Professor, UC Riverside School of Medicine. Cofounder, MedCram, USA.	4000 IU	5000 IU
Dr. Jean-Claude Souberbielle, PhD PharmD. Former head of Hormonology Laboratory, Necker Hospital, Paris, France.	2000 IU	3300 IU
Dr. Emmanuelle Faucon, MD, Toulon, France. Former Medical Affairs Director in Immunology and Virology, Bristol Myers Squibb.	4000 IU	4000 IU
Dr. Aida Santaolalla, PhD. Senior Data Scientist, Cancer Epidemiology, King's College London, UK.	2000 IU	2000 IU
Dr. Elisa Song, MD. Pediatrician, Belmont, CA, USA.	4000 IU	5000 IU
Dr. Mylene Huynh, MD MPH. Colonel (ret), USAF. Adjunct Assistant Professor, Department of Preventive Medicine and Biometrics, Uniformed Services University of the Health Sciences, USA.	2000 IU	5000 IU
Dr. Yosef Weisman, MD. Professor. Retired head of Bone Desease Unit and the Vitamin D Lab, Tel Aviv Souraski Medical Center, Faculty of Medicine, Tel Aviv University, Israel.	2000 IU	2000 IU
Dr. Andrius Bleizgys, MD PhD. Lector of Clinic of Internal Diseases, Family Medicine and Oncology, Vilnius University Faculty of Medicine, Vilnius, Lithuania.	4000 IU	4000 IU
Dr. Keshav Singhal, FRCS MS(orth) M.Ch(orth). Professor, Consultant Orthopaedic Surgeon. Chair British Association of Physicians of Indian Origin (BAPIO), Wales. Council Member & Trustee, Swansea University. Fellow of Learned Society of Wales, UK.	4000 IU	4000 IU
Dr. Gennadi Glinsky, MD PhD. Professor, Institute of Engineering in Medicine, University of California, San Diego, La Jolla, USA.	4000 IU	5000 IU
Dr. Eero Vasar, MD PhD. Professor of Human Physiology, University of Tartu, Estonia.	2000 IU	2000 IU
Dr. Frank C. Church, PhD. Professor of Pathology and Laboratory Medicine, University North Carolina School of Medicine, Chapel Hill, NC, USA.	4000 IU	5000 IU
Dr. Michael J. A. Robb, MD. Physician, Oto-Neurologist, Robb Oto-Neurology Clinic, Phoenix, Arizona. Past President, Association of American Physicians and Surgeons (AAPS), USA.	4000 IU	10,000 IU
Dr. Giles Duffield, PhD. Associate Professor, Department of Biological Sciences & Eck Institute for Global Health, University of Notre Dame, Notre Dame, IN, USA.	4000 IU	5000 IU
Dr. Harry Wichers, PhD. Professor in Immune Modulation by Food, Wageningen UR, The Netherlands.	2000 IU	1000 IU
Dr. Matthew A. Nehs, MD. Assistant Professor of Surgery, Harvard Medical School. Program Director, Harvard Combined Endocrine Surgery Fellowship. USA.	4000 IU	5000 IU
Dr. Hana Fakhoury Hajeer, PhD. Associate Professor of Biochemistry, Alfaisal University, Saudi Arabia.	2000 IU	2000 IU
Dr. Fatme Al Anouti, PhD Biochemistry. Associate Professor, College of Natural and Health Sciences, Zayed University, UAE.	4000 IU	4000 IU
Dr. José C. Tutor, PharmD PhD MB. Pharmacology Unit, Health Research Institute, University Clinical Hospital, Santiago de Compostela, Spain.	4000 IU	10,000 IU
Dr. Wolfgang Schrott, PhD. Professor (retired), Chemistry, Hochschule Hof University of Applied Sciences, Germany.	4000 IU	2000 IU
Dr. Brian Lenzkes, MD, Internal Medicine, San Diego, CA, USA.	2000 IU	
Dr. Ryan (Nguyen) Hoang, MD. Resident Physician, Pediatrics, Children's Mercy Hospital, Kansas City, Kansas, USA. Reddit Moderator & Editor at /r/science & /r/coronavirus.	4000 IU	2000 IU
Dr. Hayley A Young, PhD. Associate Professor, Nutrition and Behaviour, Swansea University, UK.	4000 IU	4000 IU
Dr. Luis Lugones, PhD. Assistant Professor Microbiology, Faculty of Sciences, Utrecht University, The Netherlands.	4000 IU	5000 IU
Beth Ellen DiLuglio, RDN LDN MS in Human Nutrition from Columbia University College of Physicians and Surgeons Institute of Human Nutrition. Former Associate Professor of Nutrition, Palm Beach State College, Lake Worth, FL. Registered Dietitian Nutritionist, Florida, USA. Disclosure: Researcher & writer for OptimalDx.com.	4000 IU	4000 IU
Dr. David Benton, PhD DSc. Professor, Swansea University, UK.	4000 IU	4000 IU
Dr. Ljubiša Mihajlović, PhD, Molecular biology. Professor, Academy of Technical and Educational Sciences, Niš, Serbia. CEO, Geneinfo, Niš, Serbia.	4000 IU	4000 IU
Dr. Huub Savelkoul, PhD. Full Professor, Head, Cell Biology and Immunology Group, Wageningen University, The Netherlands.	2000 IU	1000 IU
Dr. Cicero Galli Coimbra, MD PhD. Assistant Professor of Neurology and Neuroscience, Federal University of São Paulo. President, Institute for Investigation and Treatment of Autoimmunity, Brazil. Creator, "Coimbra Protocol" for autoimmune diseases.	4000 IU	20,000 IU
Dr. Parag Singhal, MD FRCP FACP. Professor of Medicine, University of South Wales, UK. Consultant Endocrinologist.	4000 IU	3300 IU
Dr. Meis Moukayed, PhD (Cantab), Professor of Health and Life Sciences, American University in Dubai, Dubai, UAE.	4000 IU	10,000 IU
Dr. Linda Bluestein, MD. Clinical Assistant Professor, Medical College of Wisconsin, USA.	4000 IU	5000 IU
Dr. Alex Bäcker, PhD, Biology, Caltech, USA.	4000 IU	
Dr. Chad G. Kahl, MD SFS FAAFP. Clinical Assistant professor of Medicine, Uniformed Services University. Chief Medical Officer, Pentagon Flight Medicine Clinic, USA.	4000 IU	5000 IU
Dr. Renu Mahtani, MD FMNM. Consulting Physician and Founder, Autoimmunity Treatment Center, Pune, India.	4000 IU	20,000 IU
Dr. Andrea Deledda, PhD. Department of Medical Sciences and Public Health, University of Cagliari. Nutritionist, Obesity Center, University Hospital of Cagliari, Italy.	2000 IU	2000 IU
Dr. Alessandro D. Santin, MD. Professor of Obstetrics & Gynecology, Yale School of Medicine, New Haven, CT, USA.	4000 IU	5000 IU
Dr. Kelly McCann, MD MPH. Physician and President, The Spring Center, Costa Mesa, CA, USA.	4000 IU	7500 IU
Dr. Alessandro Comandone, MD. Director, Dept. of Oncology, San Giovanni Bosco Hospital Turin, Italy.	2000 IU	
Dr. Endrit Shahini, MD MSC FPO-IRCCS. Candiolo Cancer Institute, Candiolo (Torino), Italy.	4000 IU	
Dr. Phillip C. Gioia, MD MPH FAAP FACPM, Certificate in Clinical Informatics. Medical Director of Cayuga County Health Department, NY, USA.	2000 IU	800 IU
Dr. Edward Jude, MBBS MD FRCP. Professor of Medicine, University of Manchester, UK.	4000 IU	3000 IU
Dr. Jaimela J Dulaney, MD. Cardiology, Primary Care, Nutrition, Port Charlotte, Florida, USA.	4000 IU	5000 IU
Dr. Sudeepta Varma, MD DFAPA. Clinical Assistant Professor, Department of Psychiatry, NYU Grossman School of Medicine, NY, USA.	4000 IU	4000 IU
Dr. Olga Louro, MD PhD. Clínical Laboratory, University Clínical Hospital, Santiago de Compostela, Spain.	4000 IU	10,000 IU
Dr. Joerg Velker, PhD. Chief Patent Counsel, Idorsia Pharmaceuticals, Switzerland. Former Senior Lab Head, Medicinal Chemistry, Actelion.	4000 IU	4000 IU
Dr. Maartje van Putten, PhD. Member of European Parliament 1989-99, Committee on Environment Heath & Consumer Affairs. Chair, OECD NCP, The Netherlands.	2000 IU	
Dr. Maria Joana Pinto, Teacher (Docente), Medical Course, Pará State University (UEPA), Marabá Campus, Pará, Brazil.	4000 IU	200,000 IU (auto-immune disease)
Dr. Sergio Luis Menéndez Lucero, MD PhD. General Practitioner, Autoimmune Focus. Spain.	4000 IU	10,000 IU
Dr. Jean-Michel Wendling, MD, Occupationnal Médecine, ACST, Strasbourg, France.	4000 IU	4000 IU
Dr. Georg Moessmer (Mößmer), Dr med., Hemostaseology, Institute for Clinical Chemistry and Pathobiochemistry, Technical University of Munich, Munich, Germany.	4000 Iu	6000 IU
Dr. Haladia Pessotti de Campos Simião, MD. Endocrinologist, Clinical Nutritionist, & General Practitioner, São Paulo, Brazil.	4000 IU	10,000 IU
Dr. Franklin Roy Long, MD MPH/TM ABOIM. Family Medicine, Vacaville, CA, USA.	4000 IU	10,000 IU
Dr. Stelios Bekiros, PhD. Professor, European University Institute, Department of Economics, Florence, Italy. Affiliate Research Fellow, IPAG Business School. Senior Fellow, Rimini Centre for Economic Analysis (RCEA).	4000 IU	4000 IU
Dr. Farhad Zangeneh, MD. Medical Director & CMO, Endocrine, Diabetes and Osteoporosis Clinic, Washington, DC, USA.	4000 IU	7100 IU
Dr. Adrian F Gombart, PhD. Principal Investigator, Linus Pauling Institute, Professor, Department of Biochemistry and Biophysics, Oregon State University, USA.	2000 IU	4000 IU
Dr. Sari Arponen, MD PhD. Internist and Infectious Diseases Specialist, Associate Professor, Camilo José Cela University, Madrid. University Hospital of Torrejón, Spain.	4000 IU	10,000 IU
Dr. Naomi Parrella, MD FAAFP Dipl.ABOM. Assistant Professor. Rush University Medical Center, Chicago, IL, USA.	2000 IU	
Dr. Jens Freese, Doctor of Natural Sciences (Dr rer nat, Germany). Dr. Freese Institute for Sport and Nutritional Immunology, Cologne, Germany.	4000 IU	10,000 IU
Dr. Luciano G Nina, MD. Assistant Professor, Faculdade de Medicina de Jundiaí, Sao Paulo, Brazil.	4000 IU	
Dr. Robert M Hansen, MD. Internal Medicine, Critical Care Medicine, Anesthesiology. Managing Partner, Redding Anesthesia Associates Medical Group, Redding, CA, USA.	4000 IU	4000 IU
Dr. Canan Karatay, MD. Professor of Heart and Internal Diseases, former Rector of Istanbul Bilim (Science) University, Istanbul, Turkey.	4000 IU	10,000 IU
Dr. David Brownstein, MD. Clinical Professor of Internal Medicine, Wayne State University School of Medicine. Medical Director, Center for Holistic Medicine, West Bloomfield, Michigan, Michigan, USA.	4000 IU	6000 IU
Dr. Vassaras Alexandros-Charalampos, MD, NeuroImmunology. Papageorgiou General Hospital, Greece.	4000 IU	12,500 IU
Dr. Sarfraz Zaidi, MD FACP FACE. Endocrinologist, Camarillo, CA. Former Assistant Clinical Professor of Medicine, UCLA, USA.	4000 IU	10,000 IU
Dr. Maria Morello, PhD, Clinical Biochemistry and Molecular Biology. Senior Researcher, Department of Experimental Medicine, Tor Vergata University, Rome University Hospital, Rome, Italy.	4000 IU	
Dr. Bryan A Stepanenko, MD MPH IFMCP. Active Duty US Army, Member of Task Force Resilience, Army Public Health, Primary Care Physician, USA.	4000 IU	4000 IU
Dr. Yamile Mussa, MD. Pediatrician, Autism Specialist, Bolívar, Venezuela.	4000 IU	10,000 IU
Dr. Joseph Parambil, MD. Pulmonologist, Cleveland Clinic, Respiratory Institute, and Assistant Professor of Medicine, Cleveland Clinic, Lerner College of Medicine, Cleveland, OH, USA.	4000 IU	
Dr. David Norman Grant, Former Consultant Neurosurgeon, Great Ormond St. Hospital and National Hospital for Neurology and Neurosurgery, Queen Square, London, UK.	4000 IU	4000 IU
Dr. Ellen C G Grant, MBChB, DObstRCOG, Retired Physician and Medical Gynaecolgist, Kingston upon Thames, UK.	4000 IU	4000 IU
Dr. Peter Moon, PhD. Professor Emeritus, Biomateriels Director, Department of General Practice, Virginia Commonwealth University, School of Dentistry, Richmond, VA, USA.	4000 IU	17,000 IU
Dr. Ram Yogendra, MD MPH. Anesthesiologist, Private Practice. Founder & Director, ECA Wellness, Rhode Island, USA.	4000 IU	4000 IU
Dr. Laura Di Renzo, PhD. Professor, Department of Biomedicine and Prevention, University of Rome Tor Vergata, Italy.	4000 IU	
Dr. Theo van Kempen, Dr Ir, PhD. Adjunct Professor, North Carolina State University, USA.	4000 IU	4400 IU
Dr. Laurence S. Harbige, PhD CBiol FRSB. Deputy Director of the Lipidomics and Nutrition Research Centre (LNRC) and Senior Lecturer in the School of Human Sciences, London Metropolitan University, UK.	2000 IU	
Dr. Björn Hammarskjöld, MD, PhD in Biochemistry. Assistant professor in Pediatrics at Strömstad Academy, Östervåla, Sweden.	4000 IU	10,000 IU
Dr. Birgit Strodel, PhD. Professor, Computational Biochemistry, Research Centre Jülich, Jülich, and Heinrich Heine University, Düsseldorf, Germany.	2000 IU	2000 IU
Dr. Pearl Grimes, MD FAAD. Founder & Medical Director, Vitiligo & Pigmentation Institute of Southern California. Chief Dermatologist, Versicolor Technologies. Former Clinical Professor of Dermatology, UCLA, USA.	4000 IU	5000 IU
Dr. Julian Walters, MBBChir, DSc. Professor of Gastroenterology, Imperial College London, UK.	2000 IU	2000 IU
Dr. Patrick Chambers, MD. Laboratory Director (ret), Torrance Memorial Medical Center, Torrance, CA, USA.	4000 IU	6000 IU
Dr. David Sinclair, PhD. Professor of Genetics, Co-Director, Paul F. Glenn Center for the Biology of Aging, Harvard Medical School, Boston, MA, USA. Disclosure: List of past & present affiliations.		2000 IU

Signature statistics as of Feb 6, 2021:
220 total signatories
115 professors
131 signatories with medical degrees
116 signatories with PhDs or equivalent or higher degrees
128 signatories with personal intakes of at least 4000 IU per day
29 signatories with personal intakes of at least 10,000 IU per day
33 countries

Our goal is to change policy and standard of care to save lives and help mitigate the pandemic, not to create the longest possible list of names. At this point, we have enough PhDs and medical doctors. We welcome additional signature requests from those especially well placed to help convince government decision makers to implement the calls-to-action enumerated in the letter, such as senior professors in areas such as immunology, infectious disease, endocrinology, or vitamin D research, or related areas, or such as officials at national or international public health bodies (CDC, WHO, etc.) or members of COVID-19/pandemic tasks forces for large jurisdictions. If you are such an authority, please fill out this form. If you are not but would like to help, please spread the word via social media, directly to your local public health and political leaders, and directly to the most senior people that you have a personal or professional route to that might be able to help.

info@vitaminDforAll.org

משרד הבריאות
לחיים בריאים יותר
חטיבת הבריאות
אגף השירות | תחום חופש המידע
Freedem of information

א' בניסן, התשפ"א
14/03/2021
סימוכין: 324784521
מס' פניה: 643053

לכבוד
חיים יטיב
haim@nakim.org

שלום רב,

הנדון: <u>בקשה לקבלת מידע במסגרת חוק חופש המידע –בדבר חיסוני קורונה</u>

בהמשך לפנייתך שבנדון ולמרות חלוף 30 ימים מיום הגשת הבקשה, טרם הושלמה בדיקת בקשתך.

אנו פועלים, יחד עם הגורמים המקצועיים במשרד, להשלמת בדיקת בקשתך ולצורך כך אנו נדרשים לפרק זמן נוסף של 30 ימים.

בכבודרב

שולמית בלנק, עו"ד
ממונה על העמדת המידע לציבור

משרד הבריאות
לחיים בריאים יותר
חטיבת הבריאות
אגף השירות | תחום חופש המידע
Freedem of information

ד' בניסן, התשפ"א
17/03/2021
סימוכין: 335374321
מס' פניה: 643,053
ליזי דיין-עופר
(בתשובתך ציין מספר פניה)

לכבוד
חיים יטיב
haim@nakim.org

שלום רב,

הנדון: בקשה לקבלת מידע במסגרת חוק חופש המידע –מספר הנפטרים מבין המתחסנים לקורונה

בפנייתך ביקשת לקבל את מספר הנפטרים מבין המתחסנים לקורונה.

לאחר בירור עם הגורמים המקצועיים במשרד להלן תשובתנו –

משרד הבריאות בודק דיווחי פטירה בסמיכות* לקבלת החיסון, עד כה לא נמצא קשר סיבתי בין הפטירה לקבלת החיסון.

נכון לתאריך 15/03/2021 -

למשרד הבריאות דווחו 25 פטירות בסמיכות* לקבלת מנה ראשונה של חיסון נגד קורונה מתוך 5,159,520 מקבלי החיסון. ל-92% היו מחלות רקע המסבירות את נסיבות האירוע.

דווחו 20 פטירות בסמיכות* לקבלת מנה שניה של חיסון נגד קורונה מתוך 4,203,820 מקבלי החיסון. ל-80% היו מחלות רקע המסבירות את נסיבות האירוע.

חשוב לציין כי על פי נתוני הלמ"ס, בתקופה מקבילה (דצמבר 2019 ינואר ופברואר 2020) נפטרו בישראל 12,777 אנשים.

בהינתן מבצע החיסונים שמתרחש בתקופת זמן מאוד קצרה, ניתן לשער שאחוז מסוים של הנפטרים קיבלו חיסון בטווח זמן סמוך לפטירה. אין להסיק מכך שהחיסון גרם לפטירה.

***פטירה בסמיכות לחיסון מתייחס לטווח זמן של עד 30 יום מקבלת החיסון**

בכבוד רב

ליזי עופר
מרכזת פניות ציבור חוק חופש המידע
אגף שירות

1/2 נספח מב'
HAARETZ.com

How much did Pfizer pay Israeli doctors, and for what?

Itay Rom | Mar. 10, 2021 | 10:57 PM | 2

On February 4 a meeting was held at the Ministry of Health, dealing with vaccines against the coronavirus. At the meeting, Prof. Galia Rahav, the head of the Infectious Diseases Unit at the Sheba Medical Center, said that unless children are vaccinated too, we cannot vanquish the epidemic, and suggested proposing to Pfizer to conduct an experiment in which it would vaccinate Israeli children.

Her words may sound sensational to anyone who doesn't understand how medical research works, drew biting criticism from vaccination opponents. Among other things they claimed she had taken money from Pfizer, the vaccine manufacturer. When asked about this, she dismissed the statement with ridicule: "Let them have a look at my paycheck – that's ridiculous."

The "anti-vaxxers" have made any number of ludicrous claims but accusing a senior physician of taking money from Pfizer is not one of them. She has received payments, in exchange for counseling and lectures (not on the coronavirus). This is disclosed at the bottom of articles she publishes in medical journals, which routinely require authors to disclose their funding sources. The problem is that the public which gets her professional recommendations through newspapers and television is not privy to this information. Rahav didn't feel the need to provide such disclosure, and it seems that her interviewers were unaware of the situation.

Does this mean that Rahav necessarily skews her considerations in favor of the company paying her? Not at all. But the financial links definitely place in her a situation of potential conflict of interest. This should at least be put on the table: but in Israel, financial ties between doctors and drug companies are kept shrouded, and Rahav is not an exception.

Another senior physician who spoke before a Knesset committee, arguing in favor of a vaccine against cervical cancer, did not bother telling lawmakers that he had received funding from two makers of this vaccine, MSD and GSK. When I asked him about this, he gave the following explanation: "I give full disclosure in places where it is customary to do so, such as in lectures I give to physicians. I don't declare a conflict of interests when I go shopping at a supermarket." That's how a senior physician treate the debate on vaccination policies in parliament.

Defensive responses of this ilk are common among doctors. When I asked Rahav about it, she sounded offended. "I spend 20 hours a week as a volunteer at committees and debates on the coronavirus, and you're talking to me about money?"

One can understand the doctors. When someone engages in saving lives, making do with a government salary and adding pro bono work too, it's hard for them to bear accusations that they're in it for the money. But many studies have proven that money can produce bias in doctors' considerations, whether they are aware of it or not.

No one would accept a situation in which journalists reporting on the coronavirus also work for Pfizer, for money, at the same time, without informing readers. And these are just reporters. What physicians decide and do directly impacts public health, sometimes on matters of life and death. This certainly applies to people advising the government on policies. The public has the right to know exactly how much parties with vested interests are paying the physicians.

Prof. Rahav told me that the amounts involved were peanuts, but she did admit that due to the modest wages she and her colleagues receive at the hospital, they need to supplement their income. Prof. Ron Dagan, her colleague in the team advising on the vaccine, also received money from Pfizer and other companies in the past. A few years ago, when I asked exactly how much he received, he got angry: "I won't tell you how much I get from a drug company without a law requiring me to do so."

Actually, in the United States there is a law requiring drug companies to maintain transparency, and one can find at a keystroke exactly how many dollars any doctor has received and from which company. This transparency allows one to see whether it's a matter of trifles, or of perks that could bias one's judiciousness. It's time for similar legislation to be enacted in Israel.

The writer is a journalist on TV Channel 13's Hamakor investigative reporting program.

מדינת ישראל
משרד הבריאות
Ministry of Health Israel

דיווח על תרומות בתחום הבריאות

המידע על התרומות מפורסם בהתאם לסעיף 40 א' לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובהסתמך על הדיווח של התורמים ושל מקבלי התרומות ועל אחריותם
נתוני התרומות מופיעים ללא עיבוד של משרד הבריאות

סיכום דיווח תרומות לשנת 2017 בש"ח לפי דיווחי תורמים

שם התורם	סה"כ תרומות בש"ח
פייזר פרמצבטיקה ישראל בעמ	11,368,821
בריסטול מאיירס בע"מ	9,913,646
טבע	5,378,970
אבווי ביופארמה בע"מ	4,917,282
ג'יי-סי הלת'קר	3,346,366
מדטרוניק וורלד טרייד קורפוריישן	3,102,211
רוש פרמצבטיקה ישראל	2,933,918
מדיסון פארמה בע"מ	2,865,011
נוברטיס ישראל בע"מ	2,417,569
סאנופי אוונטיס ישראל בעמ	2,044,083
אסטרהזניקה בע"מ (ישראל)	1,808,228
נובו נורדיסק בע"מ	1,775,284
מרק סרונו	1,757,693
גיליאד סיאנסז ישראל בעמ	1,637,638
מרק שארפ ודוהם ישראל MSD	1,527,336
בורינגר אינגלהיים ישראל בע"מ	1,447,210
קובידיאן (ישראל) בעמ	1,169,786
באייר ישראל	1,111,841
גלקסוסמיתקליין ישראל בע"מ (GSK)	1,089,557
ניאופרם סיינטיפיק בע"מ	811,858
טקדה ישראל בעמ	668,481
מעבדות רפא	559,657
אבוט מעבדות רפואיות בע"מ	458,742
י.ע.ל - בני ציון	438,676
דקסל בע"מ	400,358
לבנט טכנולוגיות בע"מ	389,466
אקטליון פרמצבטיקה ישראל בע"מ	346,502
אוניפארם בע"מ	317,725
פרינג פרמצויטיקלס	316,344
רקיט בנקיזר	307,667
פייזר פי אף אי פרמצבטיקה ישראל בע"מ	300,356
צמל יעקובסון בע"מ	256,865
מדלאב ציוד רפואי ומדעי בעמ	242,225
דובר מיכשור רפואי בע"מ	235,353
ש.שיווק כל מלניום בע"מ	210,404
ניאופרם ישראל 1996 בע"מ	209,561
קמהדע בע"מ	200,508
נאופרם ציוד רפואי ומסחר(1997)בע"מ	180,905
אדוורדס לייפסיינסז מכירות (ישראל) בעמ	175,600
פריגו ישראל פרמצבטיקה בע"מ	145,293
סונובה ישראל בעמ	144,632
כ.צ.ט בע"מ	123,000
תרופארם שיווק 1985 בע"מ	117,892
טרימקו- חטיבה כירורגית בע"מ	105,729
ניאופרם קיור(2005)בע"מ	103,677
אילקס מדיקל בע"מ	102,296
בפקס בע"מ	91,910
מדי פישר הנדסה ומדע בע"מ	84,872
צמל 2 בי טכנולוגיות רפואיות בע"מ	81,798
אלדן ציוד אלקטרוני בע"מ	74,341
דקסל פארמה טכנולוגיות בעמ	71,670
פארמה ישראל - ארגון חברות התרופות העוסקות במ	69,300
עמוס גזית בע'מ	66,432
אינדיביור ישראל בע"מ	58,285

2/6 נספח מג'

שם התורם	סה"כ תרומות בש"ח
תרומד בעמ	54,500
ניאו - לייף בריאות בעמ	53,556
מדטכניקה ארתופון	51,517
ג'נמדיקס	47,187
מדטכניקה בעמ	46,500
סימנס הלת'קר בעמ	43,473
אן.אס.אייץ בעמ	42,000
ברסלויער בע"מ	41,406
די.פי.אל.תעשיות מוצרים חד פעמיים בע"מ	40,000
עמותת ידיד בלב ונפש	39,379
שני טל שווק בע"מ	33,003
ג'י אי מדיקל סיסטמס ישראל בע"מ	32,600
פרמהבסט יבוא (2003) בע מ	28,742
צמל ביו-פרמה בע"מ	28,662
גד מדיקל-מיכשור רפואי בעמ	24,215
קיור מדיקל אנד טכניקל סופלאי בע"מ	23,062
כמיטק בעמ	19,470
טרדיס גת	18,319
קור סיינטיפיק קריאיישנס בעמ	16,699
אלי לילי ישראל בע"מ	13,070
ד"ר עור בעמ	12,000
פילטל פרמצביטקל בע"מ	11,011
בקטלאב דיאגנוסטיקה בע"מ	10,501
אר קיור מדיקל	10,461
אדוורדס לייפסיינסז (ישראל) בעמ	10,000
ע.לפידות פרמצוויטיקלס בע"מ	9,800
י.גיל מדיקל בע"מ	9,310
גפן מדיקל בע"מ	9,000
י.א. אלמוג דיאגנוסטיקה וציוד רפואי	6,082
תרימה תוצרי רפואה ישראליים בע"מ	6,000
פארמלוג'יק בע"מ	4,477
ביו טים טכנולוגיות בעמ	4,314
נבו מדיקל בעמ	4,100
לבפארם בע"מ	2,700
סם און מעבדה פרמצבטית כימית וקוסמטית בעמ	2,000
נפרומור בעמ	525
כמיטק שיקום בע"מ	200
סה"כ	**70,890,671**

3/6 נספח מג'

דיווח על תרומות בתחום הבריאות

המידע על התרומות מפורסם בהתאם לסעיף 40 א' לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובהסתמך על הדיווח של התורמים ושל מקבלי התרומות ועל אחריותם
נתוני התרומות מופיעים ללא עיבוד של משרד הבריאות

סיכום דיווח תרומות לשנת 2018 בש"ח לפי דיווחי תורמים

שם התורם	סה"כ תרומות בש"ח
פייזר פרמצבטיקה ישראל בעמ	10,261,256
בריסטול מאיירס בע"מ	8,047,679
טבע	6,304,004
אבווי ביופארמה בע"מ	4,951,792
מדטרוניק טריידינג בע"מ	4,575,143
די.בי.אס.אי השקעות בע"מ	4,086,075
ג'יי-סי הלת'קר	3,674,374
מדיסון פארמה בע"מ	3,370,699
רוש פרמצבטיקה ישראל	2,358,071
מרק סרונו	2,219,674
נוברטיס ישראל בע"מ	2,217,630
סאנופי אוונטיס ישראל בעמ	2,160,279
דותן בועז	2,054,115
גיליאד סיאנסז ישראל בעמ	1,778,520
נובו נורדיסק בע"מ	1,577,656
בורינגר אינגלהיים ישראל בע"מ	1,526,841
באייר ישראל	1,514,935
אסטרהזניקה בע"מ (ישראל)	1,450,970
ניאופרם סיינטיפיק בע"מ	909,241
גלקסוסמיתקליין ישראל בע"מ (GSK)	826,293
טקדה ישראל בעמ	766,587
מרק שארפ ודוהם ישראל MSD	758,088
אבוט מעבדות רפואיות בע"מ	627,670
מעבדות רפא	517,018
י.ע.ל - בני ציון	510,113
אקטליון פרמצבטיקה ישראל בע"מ	464,531
פרינג פרמצויטיקלס	451,316
אדוורדס לייפסיינסז מכירות (ישראל) בעמ	451,251
די קיור ריפוי סוכרת בישראל (ע"ר	376,662
דקסל בע"מ	360,216
ניאופרם ישראל 1996 בע"מ	339,678
פיליפס אלקטרוניקס בע"מ	331,118
שייר פרמצבטיות ישראל בע"מ	320,709
א.מ.י טכנולוגיות רפואיות בע"מ	320,501
צמל יעקובסון בע"מ	304,042
קמהדע בע"מ	253,351
רקיט בנקיזר	231,200
עמותת ידיד בלב ונפש	214,960
לבנט טכנולוגיות בע"מ	212,943
פייזר פי אף אי פרמצבטיקה ישראל בע"מ	211,852
נאופרם ציוד רפואי ומסחר(1997)בע"מ	198,621
סימנס הלת'קר בעמ	174,174
ויטאמד תעשיות פרמצבטיות בעמ	150,029
דובר מיכשור רפואי בע"מ	139,602
אלדן ציוד אלקטרוני בע"מ	124,819
ש.שיווק כל מלניום בע"מ	123,021
לפידות מדיקל	122,455

4/6 נספח מג'

סיכום תרומות 2018 לפי דיווחי תורמים

שם התורם	סה"כ תרומות בש"ח
מדלאב ציוד רפואי ומדעי בעמ	119,378
ניאופרם קיור(2005)בע"מ	114,404
אוניפארם בע"מ	109,175
בפקס בע"מ	103,191
יוסלזון בן-ציון	101,940
עמוס גזית בע'מ	91,415
פריגו ישראל פרמצבטיקה בע"מ	87,572
אורידיון מדיקל 1987 בעמ	87,247
תרופארם שיווק 1985 בע"מ	86,706
מדי פישר הנדסה ומדע בע"מ	84,400
אסטלס פארמה אינטרנשיונל בי.וי	77,383
תרומד בעמ	61,325
ג'נמדיקס	60,170
אילקס מדיקל בע"מ	57,989
צמל ביו-פרמה בע"מ	52,822
צמל 2 בי טכנולוגיות רפואיות בע"מ	51,927
ע.לפידות פרמצוויטיקלס בע"מ	47,894
ג'י אי מדיקל סיסטמס ישראל בע"מ	44,711
טרימקו- חטיבה כירורגית בע"מ	43,400
די.פי.אל.תעשיות מוצרים חד פעמיים בע"מ	42,000
ברסלויער בע"מ	40,690
מדטכניקה אורתופון בעמ	40,231
שני טל שווק בע"מ	39,169
דקסל פארמה טכנולוגיות בעמ	36,330
בקטלאב דיאגנוסטיקה בע"מ	35,000
אן.אס.אייץ בעמ	30,000
פארמה ישראל - ארגון חברות התרופות העוסקות במ	30,000
גפן מדיקל בע"מ	28,600
פרמהבסט יבוא (2003) בע מ	28,263
מדטכניקה בעמ	23,000
כמיטק בעמ	19,700
י.גיל מדיקל בע"מ	19,336
גאמידור דיאגנוסטיקה בע"מ	17,145
אינדיביור ישראל בע"מ	16,776
ניאו - לייף בריאות בעמ	16,000
תרימה תוצרי רפואה ישראליים בע"מ	14,000
ד"ר עור בעמ	12,000
ש.י.ג לוגיסטיקה (1991) בעמ	12,000
אילקס ביוטק בעמ	10,000
גד מדיקל-מיכשור רפואי בעמ	8,730
טרדיס גת	8,365
נבו מדיקל בעמ	7,300
כמיטק שיקום בע"מ	6,799
פארמלוג'יק בע"מ	5,000
אלי לילי ישראל בע"מ	4,136
פילטל פרמצביטקל בע"מ	2,674
אלטק אנג' מערכות רפואיות בע"מ	1,629
י.א. אלמוג דיאגנוסטיקה וציוד רפואי	1,000
סה"כ	**76,960,696**

מדינת ישראל
משרד הבריאות
Ministry of Health Israel

דיווח על תרומות בתחום הבריאות

המידע על התרומות מפורסם בהתאם לסעיף 40 א' לחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובהסתמך על הדיווח של התורמים ושל מקבלי התרומות ועל אחריותם
נתוני התרומות מופיעים ללא עיבוד של משרד הבריאות

סיכום דיווח תרומות לשנת 2019 בש"ח לפי דיווחי תורמים

שם התורם	סה"כ תרומות בש"ח
בריסטול מאיירס בע"מ	9,776,467
פייזר פרמצבטיקה ישראל בעמ	7,735,579
אבווי ביופארמה בע"מ	5,099,651
טבע	4,717,316
מדטרוניק טריידינג בע"מ	4,108,329
רוש פרמצבטיקה ישראל	3,089,979
ג'יי-סי הלת'קר	3,080,524
מדיסון פארמה בע"מ	3,038,967
דותן בועז	2,307,850
סאנופי אוונטיס ישראל בעמ	2,274,679
די.בי.אס.אי השקעות בע"מ	2,203,675
מרק סרונו	2,069,951
אסטרהזניקה בע"מ (ישראל)	2,067,291
נובו נורדיסק בע"מ	1,985,841
נוברטיס ישראל בע"מ	1,815,276
גיליאד סיאנסז ישראל בעמ	1,515,778
בורינגר אינגלהיים ישראל בע"מ	1,261,456
מרק שארפ ודוהם ישראל MSD	1,206,339
באייר ישראל	1,171,100
גלקסוסמיתקליין ישראל בע"מ (GSK)	951,144
טקדה ישראל בעמ	887,137
ניאופרם ישראל 1996 בע"מ	706,889
ניאופרם סיינטיפיק בע"מ	696,231
צמל יעקובסון בע"מ	501,832
י.ע.ל - בני ציון	485,287
אמ.די.טי.- טכנולוגיות מצרי יהלום בע"מ	478,233
אבוט מעבדות רפואיות בע"מ	476,123
מעבדות רפא	428,533
דקסל בע"מ	412,036
אדוורדס לייפסיינסז מכירות (ישראל) בעמ	369,062
פרינג פרמצויטיקלס	324,618
אסטלס פארמה אינטרנשיונל בי.וי	269,214
לפידות מדיקל	243,806
אלדן ציוד אלקטרוני בע"מ	226,773
קולופלסט ישראל בעמ	225,788
א.מ.י טכנולוגיות רפואיות בע"מ	224,568
נאופרם ציוד רפואי ומסחר(1997)בע"מ	222,426
אולימפוס צ'ק גרופ אס.אר.או	213,900
מדי פישר הנדסה ומדע בע"מ	195,545
פיליפס אלקטרוניקס בע"מ	195,393
ש.שיווק כל מלניום בע"מ	193,535
עמוס גזית בע'מ	183,712
פארמה ישראל - ארגון חברות התרופות העוסקות במחקר ופתוח (ער	175,100
תרופארם שיווק 1985 בע"מ	155,138
סימנס הלת'קר בעמ	154,850
נובוקיור (ישראל) בע"מ	140,130
ניאופרם קיור(2005)בע"מ	140,056

6/6 נספח מג'

אוניפארם בע"מ	132,366
ג'נמדיקס	131,756
אילקס מדיקל בע"מ	128,354
תרומד בעמ	126,101
שייר פרמצבטיות ישראל בע"מ	115,551
דקסל פארמה טכנולוגיות בעמ	109,647
בפקס בע"מ	101,956
עמותת ידיד בלב ונפש	97,408
טרדיס גת	92,897
לבנט טכנולוגיות בע"מ	89,460
מדלאב ציוד רפואי ומדעי בעמ	86,960
פריגו ישראל פרמצבטיקה בע"מ	85,722
כ.צ.ט בע"מ	79,500
צמל ביו-פרמה בע"מ	78,981
ג'י.אס.קיי קונסיומר הלת'קר ישראל בעמ	72,200
שני טל שווק בע"מ	70,022
מדטכניקה בעמ	69,900
טרימקו- חטיבה כירורגית בע"מ	58,000
ויטאמד תעשיות פרמצבטיות בעמ	53,376
ברסלויער בע"מ	46,200
פייזר פי אף אי פרמצבטיקה ישראל בע"מ	43,362
רניום מדיקל בע"מ	34,691
בקטון דיקינסון ישראל בע"מ.	29,008
ג'י אי מדיקל סיסטמס ישראל בע"מ	28,500
רניום ציוד למעבדות מחקר בעמ	27,957
צ.מ.ל תעשיות רפואיות	27,750
צמל 2 בי טכנולוגיות רפואיות בע"מ	23,950
אינדיביור ישראל בע"מ	23,789
גפן מדיקל בע"מ	23,525
י.גיל מדיקל בע"מ	21,539
ניאו - לייף בריאות בעמ	16,800
די.פי.אל.תעשיות מוצרים חד פעמיים בעמ	16,500
תרימה תוצרי רפואה ישראליים בע"מ	16,480
גאמידור דיאגנוסטיקה בע"מ	16,300
ד"ר עור בעמ	12,000
ש.י.ג לוגיסטיקה (1991) בעמ	12,000
פרמהבסט יבוא (2003) בע מ	11,853
כמיטק שיקום בע"מ	10,000
גד מדיקל-מיכשור רפואי בעמ	8,000
אילקס ביוטק בעמ	7,045
אלי לילי ישראל בע"מ	6,240
י.א. אלמוג דיאגנוסטיקה וציוד רפואי	5,266
ע.לפידות פרמצוויטיקלס בע"מ	5,100
אגנטק 1987 בע"מ	3,600
פארמלוג'יק בע"מ	1,810
לבפארם בע"מ	1,237
כמיטק בעמ	1,055
סה"כ	**72,664,821**

TO THE PUBLIC PROSECUTOR OF THE REPUBLIC OF FRANCE JUDICIAL TRIBUNAL OF PARIS

COMPLAINT RELATIVE TO VACCINES

ARTICLE 40 OF THE CRIMINAL PROCEDURAL CODE

COMPLAINANT:

RÉACTION 19, a non-profit association established in accordance with the French law of 1901, registered at the Prefecture with number W751256495, situated at 63 rue la Boétie 75008 in Paris and managed by co-presidents Mr. Carlo Alberto Brusa and Mr. Riccardo Mereu.

AGAINST: Defendant(s)

Unknown persons, and any named person the investigation may reveal as regards the charges:

- **The crime of endangering the life of others**
  Article 223-1 of the Criminal/Penal Code
- **The crime of aggravated fraud/deception/deceit**
  Articles L213-1 and L213-2 of the Consumer Code
- ***The crime of exploiting an individual's weakness***
  Article 223-15-2 of the Criminal/Penal Code
- **The crime aggravated extortion**
  Article 312-2 of the Criminal/Penal Code

HAS THE HONOR OF EXPOSING

* * *

Outline of the Complaint Relative to Vaccines

I – OVERVIEW OF THE CASE

1. **Health and Political Context**
2. **Medical controversy surrounding the very advisability of a vaccine**
3. **Implementing an unprecedented gene therapy**
4. **Dangers of an unprecedented gene therapy for humans**
   a) *Adverse effects that can include death of the person*
   b) *Establishing by derogation a procedure allowing the distribution of vaccines without a marketing authorization and with no review from the scientific community*
5. *Government officials, pharmaceutical labs and the medical community have advance knowledge of the risks and potential damages from this vaccine.* **Violation of international and constitutional texts**
   a) *Violation of international texts*
   b) *Violation of the precautionary principle*

II – THE ACTS COMMITTED AGAINST INDIVIDUALS REPRESENTED BY RÉACTION 19 CONSTITUTE PARTICULARLY SERIOUS CRIMINAL OFFENSES

1. **The crime of deliberately endangering the life of others**
   a) *The existence of a specific safety or precautionary obligation imposed by law or regulations*
   b) *Deliberate violation of the specific precautionary obligations imposed by law or regulations*
   c) *The existence of an immediate risk of death or serious injury for others*
2. **The crime of fraud/deception/deceit**
   a) *Materiality/material evidence of the crime of deception*
   b) *Intentional element/aspect of the crime of deception/ Willful intent to deceive*
3. **The crime of fraudulent abuse of an individual's lack of knowledge/ignorance or exploitation of weakness**
   a) *Conditions required to commit the crime of fraudulent abuse of an individual's lack of knowledge/ignorance or exploitation of weakness*
   b) *Material evidence of the crime of fraudulent abuse of an individual's lack of knowledge/ignorance or exploitation of weakness*
   c) *The moral aspect of the crime of exploitation of weakness*
4. **The crime of extortion**
   a) *Material evidence of extortion*

b) *Intention/Willful intent to commit the crime of extortion*

I –EXPLANATION OF THE CHARGES AND THE CASE:

1. Health and Political Context:

Since the beginning of the Covid-19 virus health crisis, the *"vaccine" has been touted as the only way to definitively end the Covid-19 pandemic,* the origins of which are still not know with certainty.

Starting in March 2020, pharmaceutical companies promised to supply a Covid-19 *"vaccine"* within 12 to 18 months, even though "vaccine development usually takes 10 to 15 years".

In mid-November, several pharmaceutical companies announced, by way of press releases, their initial efficacy results.

One after the other, Pfizer, BioNTech and then Moderna announced they had created a Covid-19 "*vaccine*" with more than 90% efficacy, and then 95% efficacy.

All of these studies were conducted in a completely opaque manner, in disturbingly record time, and without allowing the slightest verification of their results by an independent body.

In light of this, Dr. Christian Perronne issued the following warning in a statement published by France Soir on December 8th, 2020:

> "*The most concerning: numerous countries, including France, say they are ready to begin vaccinating in the coming weeks, while these products were rushed through the review and evaluation process and* ***no report has been published to date on the efficacy or dangerous nature of these vaccines. We are only entitled to press releases issued by the pharmaceutical industry and manufacturers, which enabled their stock price to rise dramatically."***

Exhibit 1

Indeed, it is true that, as of today, no certainty exists as regards the efficacy of this "*vaccine*".

We have proof of this directly from Mr. Alain Fischer himself, doctor and immunologist appointed by the Prime Minister to coordinate the Covid-19

vaccination strategy for France [name home country/jurisdiction here], who stated on December 5th, 2020:

> *"It will take time to have the solution, to know if the vaccine protects the vaccinated individual against infection (...) but also protects against transmission (...)* ***Many months will probably be necessary in order to have this last type of information*** *which will have an impact on vaccination policies" (emphasis added).*

Exhibit 2

As such, the person in charge of vaccination in France clearly explains, that as of December 5th, and for several more months to come, it is impossible to know the efficacy of the "*vaccine*" offered by the different pharmaceutical companies.

Even more troubling is that the pharmaceutical group Pfizer has already been the subject of a complaint filed in the United States for "***deceptive trade practices***" pertaining to the sale of several drugs (Bextra, Zyvox, Geodon and Lyrica) and was ordered to pay a "*record*" fine 2.3 billion dollars.

Exhibit 5

Furthermore, the clinical trials brought to light adverse effects noted after receiving Pfizer's Covid-19 vaccine:

> "*After receiving the injection, 63 % of the trial participants noted that they had experienced fatigue and 55% declared they suffered from headaches. Chills were also mentioned by 32% of the participants, 24% complained of joint pain and 14% developed a fever.*"

Exhibit 3

Even more serious, certain patients appear to have contracted Bell's Palsy, a condition affecting the facial nerve which results in facial paralysis, and six of those individuals died during the clinical trials.

Exhibit 4

So, it is in this context of risk and total uncertainty that the President of France affirmed during his speech of November 24th, 2020, in clear violation of the precautionary principle, that the "*vaccination campaign*" would begin "***in late December, early January***".

Additionally, this announcement was made at a time when the very usefulness of the principle of vaccination against Covid-19 is very controversial within the medical community, namely due to its low efficacy, its dangerous nature and the lack of a track record for this new technology.

2. There is medical controversy as to whether a vaccine is appropriate.

According to *Imperial College of London,* after analyzing 175 studies published around the world, the real death rate of Covid-19, meaning the percentage of deaths reported to number of infected individuals is **estimated at 1.15%, meaning essentially nonexistent!**

Exhibit 9

Furthermore, it was revealed that the average age at death from Covid-19 is 84 and that 90.8% of the people were over 65.

Exhibit 28

It is thus older people who are most at risk and who should be the first targeted by this "*vaccination"* plan.

However, on July 9th, 2020, the Comité Scientifique [French Scientific Committee] released a memo on the vaccination strategy, stating notably among its key points:

> *"At any rate,* ***the question must be raised of immunizing elderly subjects over the age of 75 who are likely to elicit a weak response to the vaccine*** *and that it will be necessary to compensate for this with social distancing measures". [barrier measures]*
>
> ***Exhibit 27***

In other words, the "vaccine" trials provide little to no immunity for the people most at risk!

Additionally, some scientists affirm that most of the population is already immune to the virus.

Indeed, many scientists maintain that it is highly likely that cross-immunity, from having been exposed to other coronaviruses, provides immunity to Covid-19 without ever having actually contacted it.

In this vein, Dr. Didier RAOULT affirms:

> *"If you look that the people who have had an infection, a significant number of them already have antibodies. So they cannot be infected by*

> *the coronavirus because they are immune before this epidemic. […]* ***between 40 and 70% of the population was already immune."*** [1]

Exhibit 10

If between 40 and 70% of the population was already immune before the epidemic, this portion has necessarily increased since the beginning of the epidemic.

Others maintain **that a vaccine alone will not be able to stop the Covid-19 epidemic:**

> "A vaccine alone may not allow everything to return to normal unless both vaccine efficacy and vaccination coverage are fairly high [and] would require a potentially unachievable 100% coverage of the population." [2]

Which must be understood as:

> *"LOCAL TRANSLATION GOES HERE"*

Exhibit 11

Lastly, a recent poll conducted by [French news outlet] BFMTV published on December 9, 2020, revealed that 52% of French people state that they will not get vaccinated while only 32% state they are inclined to get vaccinated.

Exhibit 12

Therefore, regardless of the questions of efficacy and of whether or not such a *"vaccine"* is appropriate from a health standpoint, only a minority of French people want to be vaccinated, so that such a "*vaccine*" will not put an end to the Covid-19 epidemic.

Additionally, it should be noted that the famous *"vaccine"*, lauded by the Government and the pharmaceutical companies, is actually a new gene therapy.

3. Implementing a new gene therapy

The term *"vaccine"* used by the pharmaceutical companies and members of the Government constitutes an abuse of language.

Indeed, what the pharmaceutical companies are offering is, in realty, **gene therapy.**

[1] Prof. Didier RAOULT. Interview available on YouTube: https://youtu.be/zUbiYhknaK0?t=568

It is accepted that **vaccination**:

> "*has the goal* of *stimulating immune defenses of a human being or an animal when faced with an infectious agent by exposing it voluntarily to that agent (in an attenuated or deactivated form) or to one of its components called antigens (usually a protein)*"

Exhibit 6

While the *"vaccines"* offered by Pfizer, BioNTech and Moderna involve:

> *"Inserting viral genetic material into the cells of the person to be vaccinated (administration is essentially intramuscular, or intradermal in two of the situations). What is used is either RNA encapsulated in lipid nanoparticles, DNA inserted into a plasmid, or DNA or RNA delivered by a genetically modified and deactivated virus."*

Exhibit 6

It is for this reason that Dr. Christian Perronne, head of infectious diseases at the Hôpital de Garches [Garches Hospital], rejects the use of the term *"vaccine"* and states that:

> *"The first "vaccines" they are offering us are not vaccines. They are gene therapy products. They are going to inject nucleic acids that will cause our own cells to produce elements of the virus."*

Exhibit 1

In this vein, a member of the European Parliament states:

> *"The first thing to understand is that these Covid-19 GMO vaccines are **highly experimental drugs**. We know practically nothing about **their mid- to long-term genetic effects**.*
>
> *First of all, since 2003 and the outbreak of SARS in Asia, the scientific community **has still not managed to develop an anti-coronavirus vaccine.** Then, there are several different GMO technologies used to develop various GMO Covid-19 vaccines currently undergoing evaluation. Among these GMO technologies, three of them **have never received authorization** for use as drugs **in humans**."*

Exhibit 15

Therefore, before the start of the Covid-19 epidemic, no gene therapy product had ever been approved for humans.

Exhibit 8

The vaccines being offered are experimental because they have never been tested on human beings to treat a virus, and **their function, initially curative, is now preventive.**

The report published in September 2020 by the CRIIGEN specifically states on this subject:

> *"Gene therapy or immunotherapy **involves not only a limited number of people but people who are seriously ill**. Consequently, not only do the possible side effects affect a limited number of individuals **but the seriousness of the state of health and the urgent health situation they find themselves in, without a doubt, makes it possible to accept a certain level of risk**. In the case of vaccines, we are in a prevention situation. So this involves a considerable number of people, the vast majority of whom are in good health (at any rate as regards the disease the vaccine is supposed to protect us from)."*

Exhibit 6

Vaccination is thus a preventive method used to avoid contracting the disease, while gene therapy is a curative method used to treat a person who has already contracted the disease.

So gene therapies are generally reserved for treating sick people, and in particular, people with serious illnesses with regard to the potential risk factor.

Therefore, using gene therapy to carry out a *"massive vaccination plan"* would result in taking reckless risks with healthy people who are not particularly at risk even if they were to be infected by the virus (for those under the age of 65 with no comorbidities).

Additionally, this therapy has never been previously used on humans to combat a virus. So no historical information exists that would enable thorough analysis of its efficacy, but more importantly of its adverse effects on a person's health.

4. The dangers of a new gene therapy for humans

a) Side effects that include the death of the person

As such, numerous scientists warn of the **very serious side effects that would result from the use of such gene therapy products**.

In this vein, Dr. Hugues TOLOU, an expert with Santé Publique Belgique [Public Health Belgium], the Haute Autorité de Santé (HAS) [High Health Authority] and the European Centre for Disease Prevention and Control and (ECDC), stresses that:

> "*We do not have any historical data to confirm the safety of the vaccines for the general population:*
>
> - *RNA causes the production of antigens by the vaccinated person's cells. These cells thus become the target of the immune response, as is the case with a viral infection.* ***This normal process can be the source of undesirable side effects if it is too strong or widespread, or if it affects irreplaceable cells. RNA that is not taken up by the cells could also have a toxic effect.***
>
> *In the case of Covid-19, the immunity which develops, either after infection or by vaccination, can't it play a harmful role?* ***Much discussion has focused on the exaggerated immune response, the "cytokine storm", that can aggravate the evolution of the infection in certain patients and justifying the use of anti-inflammatory and immune suppressors****. There is also concern over the likelihood that* ***certain antibodies unable to neutralize the virus can actually act as facilitators for the infection****, by means of a mechanism called ADE,* Antibody-dependant enhancement*."*

Exhibit 34

Alexandra HENRION-CAUDE, geneticist, also supports this analysis and states:

> "*a risk [exists] of developing* ***an overactive immune system as regards antibody production"*** [3]

Exhibit 33

Gene therapies can also cause the development of cancers.

[3] Sud Radio, interview of November 16th, 2020 https://www.sudradio.fr/societe/alexandra-henrion-caude-jai-limpression-quon-est-revenu-au-temps-des-devins/

In this vein, a member of the European Parliament stated on September 7th, 2020, regarding a trial led by Mr. Alain Fischer:

> *"Let's remember that a viral vector gene therapy trial, an adenovirus similar to AstraZeneca's Covid-19 vaccine candidate,* ***caused leukemia [cancer of the blood] in two of the ten bubble babies*** *participating in the trial supervised by Immunology professor Alain Fischer in 2003. Specialists call this "insertional oncogenesis" to describe this risk of cancer brought about by genetic manipulation."*

Exhibit 15

Mr. Alain Fischer's gene therapy trial resulted in 20% of subjects developing leukemia. It is thus not surprising that he is currently urging precaution as regards this practice.

Furthermore, a report published in September 2020 by the Comité de Recherche et d'Information Indépendantes sur le génie Génétique (CRIIGEN) [Committee for Independent Genetic Engineering Information and Research] clearly explains the risks of vaccines that deliver RNA or DNA that encode the antigen protein:

> *"3.1. The risk of* ***recombinant virus*** *development*
>
> *This risk is independent of the vector used to introduce into the host cells DNA or viral RNA that encodes the protein antigen, whether it be a plasmid vector, a nanoparticle or a genetically modified virus.* ***However, this risk is even greater when genetically modified viruses are used because they introduce not only DNA or viral RNA of interest but also a part of their own genome.***
>
> ***Viruses have the great ability to exchange fragments of their respective genetic material very easily when the viral genomes involved are of the same nature*** *(either DNA or RNA) and when they share similar sequences (of genes). This well-known process which regulates these exchanges is called recombination. When this recombination occurs between similar DNA or RNA sequences, we speak of homologous recombination. This recombination phenomenon is not limited to DNA or viral RNA. However, viral sequences are known to be the subject of numerous recombinations and are therefore considered "highly recombinant". The result of these recombinations of so-called recombinant viral genetic material containing one or more genes which were the site of these exchanges are called "mosaics", meaning they are partially made up of sequences coming from virus 1 and sequences coming from virus 2 (Figure 3). Figure 3 illustrates the recombination of viral DNA. However, this phenomenon can also occur with viral RNA.*

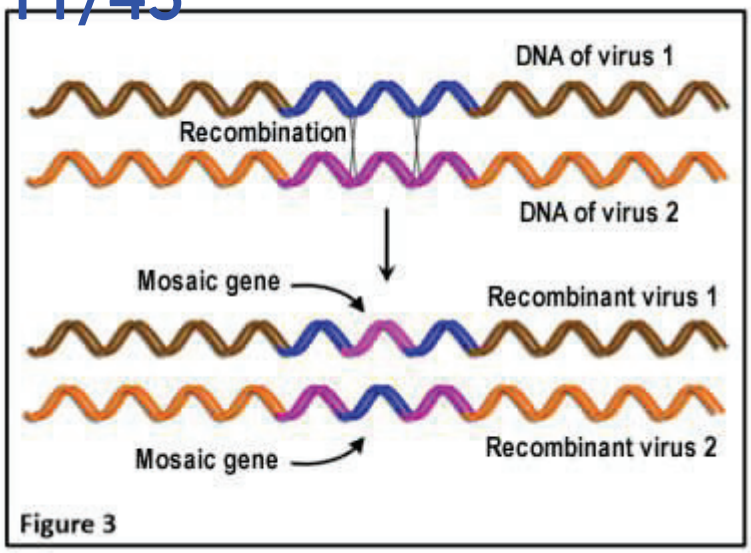


Figure 3

<u>In a certain number of cases, these recombinant viruses are much more virulent than the original viruses and can cause severe viral infections.</u> *This phenomenon has been widely demonstrated in transgenic plants where a viral gene was voluntarily inserted into their genome, and then infected by a virus similar to the one the provided the viral transgene [8-16].* ***An example of a recombinant virus capable of causing severe viral infections in humans that garnered extensive media coverage is the H1N1 virus of 2009, a recombinant virus composed of three strains of influenza: swine, human and bird*** *[17, 18].*

*Of course, this phenomenon can only occur when the genetic material from at least two of the viruses are found in the same cells, which is, luckily, extremely rare in nature since this implies that the same cells are co-infected by at least two viruses. But when intentional human intervention is involved, this phenomenon can become much more common. This is obviously the case, as previously mentioned, with transgenic plants which have undergone the insertion of a viral transgene. These plants just need to be infected with one virus for such recombination to take place****<u>. But humans are also being exposed to this risk when vaccines are produced that insert viral RNA or DNA into the patient's cells</u>****. The Covid-19 vaccines of this type, currently undergoing clinical trials, are administered through intramuscular or intradermal injection.* ***The target cells are therefore muscle cells, skin cells, and fibroblasts*** *(connective-tissue cells, meaning the supporting tissue that surrounds the organs, tissue, and notably muscle fibers)* ***and also blood cells in circulation and endothelial cells*** *(which line the blood vessels).* ***<u>All these cells can be the target of infections by other viruses</u>****. For example, enteroviruses (bare/unencapsulated? RNA viruses) have been detected in muscle cells [19], the Zika virus infects skin cells [20], Chikungunya targets not only muscle satellite cells (muscle tissue stem cells) [21], but also endothelial cells and fibroblasts [22]. And those are undoubtedly just a few examples...*

*Vaccination against Covid-19, if it becomes a reality, will be mass vaccination around the entire world. The likelihood of this type of occurrence is far from null even if frequency remains undoubtedly low**. Such a mass vaccination program with this type of vaccine could become a wide-scale recombinant virus factory.** Let's not forget that all it takes if for one new virus to appear somewhere in the world for the health, environmental and social consequence to be worldwide and colossal...*

V.2. Genotoxicity: The Risk of Insertional Mutagenesis

*Insertional mutagenesis is a mutation, meaning a modification of the genetic information, by means of the insertion of a sequence into the genome. This insertion can **deactivate or modify the expression of one or more genes.***

The risk of genotoxicity for human cells targeted by the vaccination (whose genome is of course DNA) only involves vaccines that deliver viral DNA, whether the vector be a plasmid or a genetically modified virus. However, this risk can also involve vaccines that deliver RNA by means of a genetically modified viral RNA vector such as the AIDS virus (HIV, widely used as a vector) if its reverse transcriptase and the gene that encodes it have not been correctly removed. Indeed, viral reverse transcriptase can convert the RNA delivered into DNA, which will then be integrated into the genome of the target cells.

*Genetically modified viruses are also widely used in gene therapy to deliver, in this case, a normal version of a human gene that is deficient (that has mutated) in the treated patient. In 2002, three years after a gene therapy trial (on children with severe immune deficiencies caused by a mutation on one the genes on the X chromosome) using a genetically modified RNA virus as vector, **two of the 10 children treated developed leukemia due to the insertion of reparative DNA delivered by a viral vector closely located near a proto-oncogene** (a cancer gene), severely disrupting its expression [23]. Several studies have shown the effects of insertional mutagenesis caused by different families of RNA viruses (which include HIV) [24]. **Similarly, several studies conducted on mice have shown that delivering genes with viral vectors derived from the adeno-associated virus (AAV, a small non-pathogenic DNA virus) produces insertional mutagenesis** [25]. In 2016, a study on the genotoxic effects of viral vectors derived from HIV and AAV for use in gene therapy concludes that "**Further knowledge of viral biology and the progress made in cellular genetics are necessary to understand how the viral vectors choose integration sites and the associated risks**" [26].*

V. Immunotoxicity: Risks specifically linked to the use of modified viral vectors

In addition to the risks of the appearance of recombinant viruses and insertional mutagenesis, especially when the genetic material delivered is DNA, the viral vectors themselves being immunogenic means that they can bring about major immunotoxic effects. In 2002, a gene therapy pilot experiment, conducted on 18 boys with a serious metabolic condition caused by a deficient gene located on the X chromosome ***led to the death of an 18-year old man who died from a fatal systemic inflammatory response caused by the viral vector*** *(deactivated human DNA virus): DNA sequences from the vector were found in the majority of his tissue [27]. The fact that the other 17 individuals treated did not experience this type of response shows just how difficult it is to predict and thus manage this risk. In Belgium, several clinical immunotherapy trials to combat cancers using a deactivated virus where more than 15% of its genome was replaced with two human genes (coding for an antigen present on the surface of cancer cells and interleukin, a protein which enables communication between immune cells)* ***showed a non-specific activation of the immune system linked to the vector resulting in an inflammatory reaction and an auto-immune response*** *[28]. Numerous other studies have shown* ***the immunotoxic effects of various viral vectors used in gene therapy or vaccination [29-33]. In the case of viral vectors used in vaccination, anti-vector immunity can also interfere directly with the vaccine efficacy sought (immunogenicity of the vaccine) [34].***

V. General considerations relative to risk evaluation of these vaccines

Using vaccines that deliver viral genetic material (DNA or RNA) is new or recent. ***The use of genetically modified viruses as vectors, namely for the purposes of gene therapy or immunotherapy, has shown just how varied, unmanageable and potentially serious the side effects can be.*** *While immunotherapy attempts are relatively recent, the nearly 35 years of gene therapy failures are there to remind us.* ***These failures can largely be explained by the quest for a scoop to the detriment of efficacy and/or biosecurity. Such an undertaking will never enable meeting the expectations and needs in terms of treatment. (…)***

Unmanaged side effects would thus have considerable repercussions, especially in a massive vaccination campaign such as the one destined to combat Covid-19*. These repercussions could be disastrous from a health perspective, of course, but also from an environmental one, as in the case, for example, of the spread of new recombinant viruses. (See Section IV. 3.1.) And the fact that this is to be done as a preventive measure does not authorize any risk-taking.*

Consequently, these vaccine candidates require a thorough health and environmental evaluation which is incompatible with urgency, *whether it be*

the result of pressure from decision-making health authorities or profits sought by the pharmaceutical industries engaged in this race to a vaccine. In its framework memorandum from July 23rd, 2020 on the Covid-19 vaccination strategy [35], the HAS, Haute Autorité de Santé, [High Health Authority] stated: "In the framework of the Covid-19 pandemic, the challenge is thus to create the most efficient and safe vaccine possible in record time". The claim is nonsense and an aberration on the part of an authority such as the HAS."

Exhibit 1

Reading this report is edifying: the possible side effects and complications are extremely serious, and can include the death of the person.

Despite the danger and recognized side effects, the European Union took the liberty of removing the safeguards that it itself has imposed on manipulation of all genetically modified organisms (GMOs), along with the requirements for environmental risk evaluation and authorization or consent previously established by the 2009/41/CE and 2001/18/CE Directives.

b) *Establishing by derogation a procedure allowing the distribution of vaccines without a marketing authorization and with no review from the scientific community*

As outlined in the 2020/1043 regulation adopted by means of an emergency procedure on July 15th, 2020, in its Recital 17, the European Union instituted a derogation system specific to GMO manipulations and experimental drugs, stating specifically:

"(17) The main objective of Union legislation on medicinal products is to safeguard public health. That legislative framework is supplemented by the rules in Directive 2001/20/EC laying down specific standards for the protection of clinical trial subjects. Directives 2001/18/EC and 2009/41/EC have as their objective to ensure a high level of protection of human health and the environment through the assessment of the risks from the deliberate release or the contained use of GMOs. In the unprecedented situation of public health emergency created by the COVID-19 pandemic, it is necessary that the protection of public health prevails. ***Therefore, it is necessary to grant a temporary derogation from the requirements concerning a prior environmental risk assessment and consent under Directives 2001/18/EC and 2009/41/EC for the duration of the COVID-19 pandemic or as long as COVID-19 is a public health emergency.*** *The derogation should be limited to clinical trials with investigational medicinal products containing or consisting*

of GMOs intended to treat or prevent COVID-19. ***During the period in which the temporary derogation applies, the environmental risk assessment and consent under Directives 2001/18/EC and 2009/41/EC should not be a prerequisite for the conduct of those clinical trials."***

Exhibit 7

This regulation was adopted in the framework of an emergency procedure, with no prior commission examination, with no debate or presentation of amendments.

In light of this, a member of the European Parliament states:

"This new regulation makes it possible for clinical trials of a vaccine or treatment aimed at combating Covid-19 that contain GMO's or are composed of GMOs to begin ***without conducting an analysis of the risks linked to the transport, the spread into the environment or the injection into human beings of genetically modified organisms****. (…)*

This dangerous text *exempts the manufacturers of these GMO-based treatments and vaccines* ***from supplying the prior environmental and biosecurity risk evaluation study*** *with each request for clinical trials and marketing authorizations of such drugs that the GMO legislation had required up until now."*

Exhibit 15

The consequence of implementing this Regulation is the removal of:

"all the ***safeguarding, risk evaluation, verification, monitoring, labeling and public information procedures concerning the use, transportation, spread into the environment, injection into human beings of genetically modified organisms when it involves research or clinical trials for a Covid-19 vaccine or drug****."*

Exhibit 18

Six associations have already filed motions with the Court of Justice of the European Union to annul said Regulation, thus denouncing:

"a ***dangerous experiment,*** *for clinical trial participants, the human population and the environment, requiring* ***the immediate application of the precautionary principle****, in accordance with rules of law."*

Exhibit 18

In this vein, Dr. Michael Yeadon, **former Pfizer Director of Research**, in collaboration with the famous German doctor Wolfgang Wodarg, created a petition addressed to the European Medicines Agency (EMA):

"In collaboration with Dr. Michael Yeadon, former Pfizer Director of Research, I have submitted a request to the EMA, European Medicines Agency, which is responsible for approving medicines at the EU level, on December 1st, 2020 for the immediate suspension all the studies on the SARS-CoV-2 vaccine, in particular the Pfizer/BioNTech study on BNT162b (EudraCT number 2020-002641-42).

We demand that the studies – to protect the life and health of the people tested – be conducted only when a concept study is available, suited to address the considerable safety concerns expressed by more and more well-known scientists regarding the vaccine and the design of the study.

As signatories to this petition, we demand that Sanger sequencing be used due to the known lack of accuracy of the PCR test in a serious study. It is the only way to make reliable statements on the efficacy of a Covid-19 vaccine. Neither the risk of illness nor the possible benefit from a vaccine can be determined with the necessary certainty on the basis of numerous different PCR tests with very different levels of quality. For this reason alone, such vaccine tests on humans are they themselves unethical.
Furthermore, we demand that the risks of potentially dangerous effects as revealed from previous studies, some of which relate to the nature of the coronavirus, be eliminated. Our concerns focus on the following points:

The formation of so-called non-neutralizing antibodies can lead to an excessive immune reaction, in particular when the subjects tested are challenged with a real "wild" virus after vaccination. This is called Antibody-Dependent Enhancement, ADE, and it has been known for a long time since coronavirus vaccine experiments were conducted on cats. During these studies, all the cats that had initially tolerated the vaccination well died when they were exposed to a real coronavirus. This excessive reaction is further enhanced by active boosters.

The vaccinations are expected to produce antibodies against the SARS-CoV-2 spike protein. However, the spike proteins also contain proteins that are homologous to syncytine, which is essential for the formation of the placenta in mammals such as humans. A SARS-CoV-2 vaccine absolutely must not set off an immune reaction against syncytine-1, as this would result in vaccinated women becoming infertile for an unlimited period of time.

The Pfizer/BioNTech mRNA vaccines contain polyethylene glycol (PEG). 70% of people develop antibodies to this substance. This means that many people may develop allergic and potentially fatal reactions to the vaccination.

The length of the study is much too short and does not allow for a realistic evaluation of the long-term effects. *As with the cases of narcolepsy noted after swine flu vaccination, long-term effects would only be observed with a planned emergency approval while it is already too late for millions of vaccinated people.* ***Governments are planning to expose millions of healthy people to unacceptable risks and to force them to get vaccinated by implementing discriminating restrictions on those who are not vaccinated.***

Nevertheless, Pfizer/BioNTech apparently requested emergency approval on December 1st, 2020. Scientific responsibility obliges us to take these measures.

CALL FOR HELP: Dr. Wodarg and Dr. Yeadon are asking as many European citizens as possible to sign their petition by sending the prepared email here to the EMA."

Exhibit 17

c) *Government authorities, pharmaceutical labs and the medical community have advance knowledge of the risks and harm expected and their pre-established management process*

The scientific and medical community is perfectly aware of the risks being taken and expected to come from this "*vaccination"* of the population.

- Indeed, in an **announcement of a contract awarded in the framework of a European Union contract attribution**, the section entitled "*Description of the procurement"*, translated as "LOCAL *TRANSLATION HERE", indicates the following*:

"The MHRA urgently seeks an Artificial Intelligence (AI) software tool to process the expected high volume of Covid-19 vaccine Adverse Drug Reaction (ADRs) and ensure that no details from the ADRs' reaction text are missed."

Exhibit 13

Which can be translated as follows:

"LOCAL TRANSLATION HERE"

In other words, the British Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) was urgently looking for a company that can provide it with an artificial intelligence tool that can manage the high **volume of adverse effects expected from the vaccine**, explaining that their current data processing system will be insufficient to handle the number of requests.

Indeed, a few lines down, it is clearly indicated that:

> *"It is not possible to retrofit the MHRA's legacy systems to handle the volume of ADRs that will be generated by a Covid-19 vaccine."*

These statements can be translated as follows:

"LOCAL TRANSLATION HERE"

Worse still, the MHRA states in no uncertain terms that the launch of the vaccine took place before this artificial intelligence tool could be developed:

> *"The MHRA recognises that its planned procurement process for the SafetyConnect programme, including the AI tool, would not have concluded by vaccine launch. Leading to an inability to effectively monitor adverse reactions to a Covid-19 vaccine."*

Which can be translated as:

"LOCAL TRANSLATION HERE"

This document stipulates:

> *"Therefore, if the MHRA does not implement the AI tool, it will be unable to process these ADRs effectively. This will hinder its ability to rapidly identify any potential safety issues with the Covid-19 vaccine and represents a direct threat to patient life and public health."*

Which can be translated as:

"LOCAL TRANSLATION HERE"

<u>The MHRA thus clearly explains that the Covid-19 vaccination implies:</u>

1. Serious adverse effects that will affect a great many people;
2. Such a high number of people affected by the adverse reactions that it is necessary to implement artificial intelligence software to manage all the cases.
3. That implementing such software is necessary to ensure that no detail of the adverse effects from the vaccination is omitted.
4. That implementing such software cannot happen before the start of the vaccination plan.
5. That without such software, <u>a direct threat to the life of patients and public health exists.</u>

<u>The MHRA is thus perfectly aware of not only the existence of adverse effects from the Covid-19 "*vaccine*", but also the particularly high prevalence, since at least September 14th, 2020, date the contract was awarded!</u>

<u>And yet, it is this same entity, the MHRA, that validated the distribution of the gene therapy offered by the Pfizer pharmaceutical group on December 2nd, 2020, knowing full well what lay ahead:</u>

Decision

Regulatory approval of Pfizer / BioNTech vaccine for COVID-19

Information for healthcare professionals and the public about the Pfizer/BioNTech vaccine.

Published 2 December 2020
Last updated 10 December 2020 — see all updates
From: Medicines and Healthcare products Regulatory Agency

- Additionally, in an article dated December 6th, 2020, the International Association for A Scientific Independent and Caring Medicine (AIMSTB) made public an exchange of emails between one of its members and the French Order of Doctors.

Exhibit 14

As such, in an email of November 30th, 2020, the Order of Doctors replies to a member of the AIMSTB who brought up the question of vaccines as follows:

> ***"Furthermore, I think that a decision to make vaccination mandatory is highly unlikely politically <u>as this measure could end up being counterproductive and our leaders and, in particular, the Minister of Health are aware of that."</u>***

Therefore, the vaccination plan implemented in France and in Europe is not only particularly dangerous for public health and the environment but it also violates the fundamental and constitutional rules of law, which protect from these violations.

5. Violation of international constitutional texts

a) Violation of international texts

The European Union's approval of the Pfizer/BioNTech vaccine, with no prior health or environmental risk analysis, violates numerous international texts.

Indeed, Article 5 of the Oviedo Convention stipulates:

> *"An intervention in the health field may only be carried out after **<u>the person concerned has given free and informed consent to it.</u>**"*
>
> *This person shall beforehand be given **appropriate information as to the purpose and nature of the intervention as well as on <u>its consequences and risks.</u>***
>
> *The person concerned may freely withdraw consent at any time."*

Exhibit 19

Additionally, Article 6 of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights of October 19th, 2005 establishes that:

> *« 1. **<u>Any preventive, diagnostic and therapeutic medical intervention is only to be carried out with the prior, free and informed consent of the person concerned, based on adequate information.</u>** The consent should, where appropriate, be express and may be withdrawn by the person concerned at any time and for any reason without disadvantage or prejudice."*

Exhibit 20

No official information can clearly outline the risks and consequences of such a "vaccination" because no official study has been conducted, so that no consent can ever be free and informed.

Paragraph 2 of Article 3 of this same Declaration establishes again:

> *"The interests and welfare of the individual should have priority over the sole interest of science or society."*

Exhibit 20

Given the few studies that have been conducted which have shown the potentially devastating effects of these gene therapies, the interests and well-being of the individual are largely sacrificed on the supposed altar of science and the common good.

Worse still, this *"vaccine"* appears to have been implemented above all in the interest a certain individuals: the directors of the pharmaceutical companies.

Indeed, from May 15th to August 31st, 2020, the directors of five pharmaceutical companies made over 145 million dollars with the sale of their company stock.

Exhibit 21

Article 16 of this same Declaration again states:

> *"The impact of life sciences on future generations, including on their genetic constitution, should be given due regard."*

On this subject, Dr. Perronne clearly indicates that there is a risk of genetic transformation capable of impacting the DNA of future generations:

> *"So **foreign RNA in our body administered by injection could encode for DNA,** just as foreign also, which may then be integrated into our chromosomes. There is thus a **real risk of permanently transforming our genes.** There is also the possibility, through the modification the nucleic acids of our eggs and sperm, of **transmitting these genetic modifications to our children**."*

Exhibit 22

The Nuremberg Code is a list of ten criteria contained in the ruling following the trial of the Nuremberg doctors (December 1946 - August 1947) which indicate the conditions that scientific experiments on human beings must meet in order to be considered "*acceptable*":

" 1. ***The voluntary consent of the human subject is absolutely essential. This means that the person involved should have legal capacity to give consent;*** *should be so situated as to be able to exercise free power of choice, without the intervention of any element of force, fraud, deceit, duress, overreaching, or other ulterior form of constraint or coercion; and should have sufficient knowledge and comprehension of the elements of the subject matter involved as to enable him to make an understanding and enlightened decision. This latter element requires that before the acceptance of an affirmative decision by the experimental subject there should be made known to him the nature, duration, and purpose of the experiment; the method and means by which it is to be conducted; all inconveniences and hazards reasonably to be expected; and the effects upon his health or person which may possibly come from his participation in the experiment.*

The duty and responsibility for ascertaining the quality of the consent rests upon each individual who initiates, directs, or engages in the experiment. ***It is a personal duty and responsibility which may not be delegated to another with impunity.***

2. ***The experiment should be such as to yield fruitful results for the good of society, unprocurable by other methods or means of study, and not random and unnecessary in nature.***

3. The experiment should be so designed and based on the results of animal experimentation and a knowledge of the natural history of the disease or other problem under study that the anticipated results justify the performance of the experiment.

4. ***The experiment should be so conducted as to avoid all unnecessary physical and mental suffering and injury.***

5. ***No experiment should be conducted where there is an a priori reason to believe that death or disabling injury will occur;*** *except, perhaps, in those experiments where the experimental physicians also serve as subjects.*

6. The degree of risk to be taken should never exceed that determined by the humanitarian importance of the problem to be solved by the experiment.

> *7. Proper preparations should be made and adequate facilities provided to protect the experimental subject against even remote possibilities of injury, disability or death.*
>
> *8. The experiment should be conducted only by scientifically qualified persons. The highest degree of skill and care should be required through all stages of the experiment of those who conduct or engage in the experiment.*
>
> *9. During the course of the experiment the human subject should be at liberty to bring the experiment to an end if he has reached the physical or mental state where continuation of the experiment seems to him to be impossible.*
>
> *10. During the course of the experiment the scientist in charge must be prepared to terminate the experiment at any stage, if he has probable cause to believe, in the exercise of the good faith, superior skill and careful judgment required of him, that a continuation of the experiment is likely to result in injury, disability, or death to the experimental subject."*

The French Government's vaccination plan violates all of the fundamental texts, international in scope, along with <u>precautionary principle</u> which has constitutional value.

<u>b) Violation of the precautionary principle</u>

The precautionary principle is established in Article 5 of the Charter for the Environment, making it part of the block of constitutionality since 2005, as follows:

> *"When the occurrence of any damage, albeit unpredictable in the current state of scientific knowledge, may seriously and irreversibly harm the environment, public authorities shall, with due respect for the principle of precaution and the areas within their jurisdiction, ensure* ***the implementation of procedures for risk assessment and the adoption of temporary measures commensurate with the risk involved in order to preclude the occurrence of such damage."***

If this principle is incorporated into the block of constitutionality in an environmental context, it is equally applicable to health matters.

Indeed, the precautionary principle was confirmed in medicine, notably with the "sang contaminé" scandal dubbed "contaminated blood".

In this vein, William Dab, Professor of Health Chair in charge of the Health Safety Curriculum at the Cnam, explains:

> *"The main thing to learn from the painful contaminated blood scandal, regarding public health, is that in a situation of uncertainty, decisions must be made not by basing them on more or less explicit opinions from those that claim to be experts, but rather by using a* ***group process with opposing expert opinions****,* ***by using explicit health criteria as the basis, by making it known from the start at which point the problem will have been sufficiently understood so as to take action."***

Exhibit 23

Specifically in medical terms, the precautionary principle is found in Article R4127-39 the Code of Public Health which establishes:

> ***"Doctors may not propose, or present as safe and beneficial, to patients or their family or friends, remedies or procedures that have not been sufficiently tested or that are illusory. Practicing charlatanism is forbidden."***

It has been shown that no counter expertise was able to ever be conducted. The procedure has thus not been sufficiently tested and is not safe, which violates the precautionary principle.

European Parliament member, Michèle RIVASI, reached the same conclusion, stating on September 7th, 2020, during an interview with France Soir:

> *"The Commission specifies that this only applies to clinical trials, and is only valid within the context of the fight against Covid-19 for as long as Covid-19 is considered a pandemic or public health emergency.* ***Nevertheless, this proposed exemption to GMO legislation for experimental Covid-19 GMO drugs is for us in the Green Party a very bad sign that runs counter to the precautionary principle."***

Exhibit 15

The "*vaccination plan*" was established in violation of fundamental texts that represent the safeguards for fundamental freedoms and in particular the right to information, the right to security and the right to life.

By implementing this "*vaccination plan*", a great many people can be held criminally liable on several grounds.

II – THE ACTS COMMITTED AGAINST INDIVIDUALS REPRESENTED BY RÉACTION 19 CONSTITUTE PARTICULARLY SERIOUS CRIMINAL OFFENSES

Making available and distributing gene therapy products can be considered criminal offenses, namely deliberately endangering the life of others **(1),** fraud/deception/deceit **(2)**, extortion **(3)** exploitation of weakness **(4)**.

1. **The crime of deliberately endangering the life of others**

Article 223-1 of the Criminal/Penal Code establishes the offense of deliberately endangering the life of others:

> *"Directly exposing others to an immediate risk of death or injury capable of causing mutilation or permanent disability by the clearly deliberate violation of the specific obligation of caution or safety imposed by law or regulations is punishable by one year in prison and a fine of 15,000 euros."*

To characterize the crime of deliberately endangering the life of others, the obligation of caution or security imposed by law or regulations must be identified (a), the deliberate violation of this obligation (b) along with the existence of an immediate risk of death or serious injuries (c) must be proven.

a) Existence of a specific obligation of safety, security and/or caution imposed by law or regulations

- **The right to information and the obligation to obtain free and informed consent before performing a medical procedure.**

Article 5 of the 1997 Oviedo Convention on Human Rights and Biomedicine also states:

> *"An intervention in the health field may only be carried out after the person concerned has given **free and informed consent** to it."*
>
> *"This person shall beforehand be given appropriate information as to the purpose and nature of the intervention as well as on its consequences and risks."*

Additionally, Article L1111-4 of the Code of Public Health stipulates:

> "*No medical procedure or treatment can be performed or administered without the **free and informed consent** of the person and this consent may be withdrawn at any time.*"

Article 16-3 of the Civil Code establishes again:

> *"The integrity of the human body must not be violated except in the case of **medical necessity** for the person or exceptionally in the therapeutic interest of others.*
>
> ***Consent of the person concerned must be obtained in advance** except in the case where his or her state makes the therapeutic intervention necessary and he or she is unable to consent to it."*

Line 1 of Article R.4127-35 of the Code of Public Health states:

> *"The doctor owes the patient that he examines, cares for or advises **clear, honest and appropriate information** on his state of health and the tests and treatments that he proposes to him. For his explanations, he takes into account the patient's personality and verifies that they are understood for the duration of the illness."*

Article R.4127-36 of the Code of Public Health states:

> *"**The consent of the person examined or cared for must be sought in all cases.***
>
> *When the patient, capable of expressing his wishes, refuses the tests or treatment proposed, the doctor must respect this refusal after informing the patient of its consequences.*
>
> *If the patient is unable to express his wishes, the doctor cannot perform the procedure with first alerting and informing a trusted person, family member or a close friend or relative, except in an emergency or if this is impossible.*
>
> *The obligations of the doctor with respect to the patient when the patient is a minor or protected adult are defined in Article R.4127-42.*

Indeed, all failures to provide the required information and to obtain free and informed consent deprive the patient of the possibility to avoid a risk.

- **The precautionary principle**

In addition to the right to information and the obligation to obtain free and informed consent, Article R4127-39 of the Code of Public Health reiterates a precautionary principle.

Indeed, this article establishes:

> ***"Doctors may not propose, or present as safe and beneficial, to patients or their family or friends remedies or procedures that have not been sufficiently tested or that are illusory. Practicing charlatanism is forbidden."***

The law or regulations thus impose on medical personnel several specific obligations regarding the obligation to provide information, obtain free and informed consent, and respect the precautionary principle.

- **The obligation of the State (France) to ensure the right to the protection of each individual's health**

There is also a legal obligation for the State to ensure the right to the protection of each individual's health.

Indeed, Article L1411-1 of the Code of Public Health states:

> *"The Nation defines its health policy so as to guarantee the right to the protection of each individual's health.*
>
> ***The State (France) has the responsibility of establishing its health policy.***
>
> ***It aims to assure the promotion of living standards that favor health, improvements to the state of health of the population, reductions of social and territorial inequality and equality between men and women and to guarantee the best health safety possible and accessible prevention and care for the population.***
>
> *Health policy includes:*
>
> *1.* ***Monitoring and observation of the state of health of the population and identification of its main determinants, namely those related to education and living standards and working conditions****. The identification of these determinants relies on the exposome concept, defined as the integration of all exposures in one's entire life that can influence human health;*

2. Promoting health in every aspect of life, namely in learning establishments and in the workplace, and the reduction of health risks related to diet, environmental factors and living standards that may alter it;

3. Prevention, for the individual and collectively, throughout one's life, of illness and pain, trauma and loss of autonomy, namely by defining a children's health education plan, health education, by fighting a sedentary lifestyle and by developing the regular practice of sports and physical activities for all age groups;

4. Carrying out nationwide actions within the framework of protecting and promoting mother-child health as mentioned in Article L. 2111-1 ;

5. Organization of health processes. By coordinating healthcare, social and medico-social workers, in collaboration with users and local communities, these processes aim to guarantee continuity, accessibility, quality, security, safety and efficiency of caring for the population by taking into account the specific geographic, demographic and seasonal factors of each region so as to contribute to territorial equality;

6. Collective handling in solidarity of the financial and social consequences of illness, accidents disabilities by the social protection system/social security system;

7. Preparation for and response to health warnings and crises;

8. Production, use and distribution of knowledge useful for its development and implementation;

9. Promotion of training programs, research and innovation in the health sector;

10. Ensuring that initial training and continuing education for healthcare professionals is appropriate for the exercise of their responsibilities;

11. Information from the population and it participation, either directly or through associations, in public debates on health-related issues and on health risks and the process of developing and implementing health policy.

Health policy is adapted to the needs of people with disabilities and the caregivers in their family.

All proposed health-related legislation, with the exclusion of proposed legislation to finance the social security program and financial legislation,

is subject to prior consultation with the National Union Health Insurance Funds, professional organizations representing health maintenance organizations and HMO unions regulated by the Code de la mutualité, insurance institutions and insurance institution unions regulated by the Social Security Code, companies mentioned in Article L. 310-1 du code des assurances and offering guarantees for the reimbursement and indemnities of costs incurred by an illness, a pregnancy or an accident, the National Union Healthcare Professionals, representatives of local collectivities and the National Union of Authorized Healthcare System User Associations."

b) *Deliberate violation of specific obligations to use caution as imposed by law or regulations*

The deliberate violation of this obligation constitutes the intentional element of the crime of endangering the life of others.

While it has been established that the effects of mRNA technology on human health can be disastrous, announcements made in recent weeks by President Macron and the Minister of Health reflect the existence of a "vaccine *strategy"* that has been launched.

Indeed, President Macron, during his speech on November 24th, 2020, indicated that a vaccinate campaign would begin "*in late December, early January"* for "*the people most at risk"*.

As for the Health Minister, he stated that France had purchased the required storage equipment for the "vaccines"[4].

The government, by way of Prime Minister Jean Castex at his press conference on November 3rd, 2020, presented a vaccination plan already outlined in three phases.

'[It is recommended] to first vaccinate the elderly in care homes such as the EHPAD. […] This represents about 1 million people."
"*Then, as we receive deliveries, we will widen the scope of vaccination starting with the 14 million people who are risk due to their age or a chronic illness […]. That is Phase 2 of our plan which will begin in February and run into next Spring."*
"Lastly, we will progressively open up vaccination to the rest of the population starting in the Spring. This will be Phase 3 of our strategy." [5]

[4] Health Minister's press conference on November 12th, 2020.

Lastly, a document entitled "*Vaccination Strategy against SARS-Cov-2*" was published by the High Authority of Health on November 27th, 2020.

As such, a veritable "*vaccine strategy*" was developed with a precise calendar. The first target public was defined and the logistics were established.

The Government established this action plan knowing full well that gene therapy could generate potentially devastating effects and was careful not to mention them to the general public.

Indeed, it was unable to bypass the CRIIGEN's extremely revealing public study (Exhibit 6), or the head of Infectious and Tropical Diseases at the Hôpital de Garches Dr. Perronne's open letter (Exhibit 22) where he stated on November 30th, 2020:

> *"The people promoting these gene therapies, wrongly called "vaccines", are the sorcerer's apprentices and they're* ***taking the people of France and more generally speaking, the people of the world, for guinea pigs****."*

As such, the Government and the other players in medical field involved are deliberately depriving patients of their right to information, which prohibits them from later providing informed consent.

In addition, the Scientific Counsel communicated in an opinion from July 9th, 2020 that while it didn't recommend mandatory vaccination, it didn't envision *"a vaccine strategy based purely on individual choice"* either.

Exhibit 26

Furthermore, they are deceiving the public by speaking of a "*vaccine*" when, in reality, they are talking about a gene therapy and they are thus going to put a health population in danger by injecting everyone with a potentially fatal product.

This erroneous use alone demonstrates the perpetrators' desire to not fulfill their specific obligation to inform, to use caution and to ensure safety, and to deliberately violate it by supplying only partial information.

This specific violation was highlighted by the International Association for A Scientific Independent and Caring Medicine (AIMSTB) in an email exchange between one of its

[5] Video, Press conference of November 3rd, 2020
https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/vaccin/video-Covid-19-decouvrez-les-trois-phases-du-plan-de-vaccination-devoile-par-le-gouvernement_4205753.html

members and the Order of Doctors made public on November 30th, 2020, which was as follows:

"Dear President and fellow colleague,

I acknowledge receipt of your second reply which is, unfortunately, unsatisfactory not only from a fellow peer and deontological perspective, but also from a legal and ethical one, not to mention from a scientific standpoint.

***1- You accuse me of "having an anti-vaccine position"**: simply because I have raised serious doubts about these new products. This expression rife with great disdain must certainly reveal your very poor opinion of me. Others before you used similar expressions such as "Negro music", "communist movie", "Jewish literature", or even "degenerate art". It didn't always end well for them. So "anti-vaccine position" is now a must these days, a new way for you to use a knee-jerk reaction to reject the arguments without actually having to think about them.*

***2- You speak to me of "the rule of law, freedom of choice and responsible to refuse care"**: I think you have forgotten the episode in 2018 when vaccination for newborns was made mandatory for 11 vaccines against the advice of the college of health professionals. Since then, I don't really think parents can freely choose, as you imply. As for the institutionalized residents in care homes (EHPAD) and their freedom to choose to receive a Covid-19 vaccination after receiving clear and appropriate information… Is this black comedy or are you really convinced of what you're saying? The administration doesn't give two hoots about shortening the life of this captive population and prohibits yet again any collection of data on long-term serious negative side effects. Who has seriously studied the effects of flu-Covid co-vaccination in the elderly? Is this a new hidden Phase III, absolutely forbidden theoretically? (2)(3)*

*3- **"No therapeutic is really effective against Covid"**: Your position is biased, pro-industry, perfectly aligned with the government but light-years away from the scientific reality described all around the world. On the contrary, there is a plethora of efficacious products to fight Covid, both preventively and curatively, all the data has been published: Vitamin D3, HCQ, azithromycin, zinc, artemisinine, ivermectin and today, even the combination of Quercetine-Vitamin C-bromelaine appears to be showing results at least as good as Pfizer's*

vaccine. Here's an original pre-print from the Lancet on a Turkish study:
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3682517.
You could also read this:
https://blogs.mediapart.fr/laurent-mucchielli/blog/021220/l-importance-du-traitement-precoce-des-patients-ages-atteints-de-la-covid-en-ehpad still relevant today.

4- ***"Documented results show real efficacy of the vaccine"****: Your statement is, excuse me, absolutely appalling anti-science, humiliating for your institution. Reread the last two AIMSIB articles:*
https://www.aimsib.org/2020/11/22/vaccins-anti-covid-en-2020-folie-sanitaire-politique-mediatique-financiere/
https://www.aimsib.org/2020/11/29/vaccins-anti-covid-surs-et-efficaces-avis-du-conseil-scientifique-de-la-has-ce-quen-a-fait-la-commission-europeenne/

Nothing, absolutely nothing scientifically admissible has been published anywhere on mRNA products, two of which are ready for distribution at the circus or medical fairgrounds*. You're confusing authentic science with advertising leaflets. Justice will never understand that the Order approved of such bull.* ***I remind you that Pfizer was ordered to pay a 2.3-billion dollar fine in 2009 for false advertising and you're taking this company's baloney at face value.*** *It's absolutely dreadful but I unfortunately saw it coming. I anticipated this in my first email because they have to make you say these things.*

5- ***"Even if the vaccine is new, and there is little background": Be sure that all the criminal defense attorneys will never content themselves with such a statement to get rid of the vaccinators' overwhelming responsibility as soon as the first complaints are filed for lack of information and violation of Art. 39, that you carefully avoid mentioning. As of today, these vaccines are not new because they don't exist yet, they don't even have a marketing authorization in Europe, and the CNOM [National Counsel of the Order of Doctors] is already approving them,*** *but on whose orders? The next phase will take place in courtrooms, so you will have to defend such a position before the lawyers.*

I'm not very optimistic about what's to come, the health scandal is going to explode quickly because the judges have already begun their investigations and seizures at the highest level of the State [Country].

On the minds of many magistrates and many defense attorneys, ***the Covid-Mask-HCQ-remdesivir-vaccine affair will be the scandal of the century, a thousand times worse than the contaminated blood one.*** *I don't envy your position between a rock and a hard place, perhaps an orchestrated resignation of all the departmental counsels might help recognize and save the independent practice of medicine, at least you would spare yourself and your teams the nasty aftermath.*

I'm attaching just a very concise body of articles to go over because I know from experience that, in general, the members of ordinal counsels (departmental, disciplinary, nationals, etc…) don't read anything they are sent. I will distribute your reply, and I'll of course hide your name and title. This is not about putting you personally in a difficult position with your readers. Indeed, our criticism is directed at your institution.

Despite this,
Respectfully and fraternally yours."

Exhibit 14

The violation of the obligation to inform, to respect the precautionary principle along with the obligation of the State [Country] to guarantee the right to the protection of the health of each individual that falls on the Government and medical body is thus characterized.

c) *The existence of an immediate risk of death or serious injury for others*

Article 223-1 of the Criminal/Penal Code involves proving that others are exposed to an *"immediate and direct risk"*. It is thus not necessary to prove the existence of actual harm, but rather the imprudent behavior "*capable of"* causing harm.

As it has been shown, injecting gene therapy products into the human body is likely to have particularly serious effects on the human being, which can include paralysis, cancer and death.

The elements of the crime of deliberately endangering the life of others are thus fully met.

2. The crime of fraud/deception/deceit

The crime of fraud/deception/deceit is established in Article L213-1 of the Consumer Code in these terms:

"Shall be punished by two or more years in prison and a fine of 300, 000 euros, whoever, whether or not party to the contract, shall deceive or attempt to deceive the contracting party, by any means or procedure, even through the intermediary of a third party as pertains to:

1° la nature, type, origin, essential qualities, composition or content of necessary elements of any merchandise;

2° the quantity of the things delivered or their identity by delivering merchandise other than the thing determined and set forth in the contract;

3° the fitness for use, the inherent risks from the use of the product, the verifications conducted, the user manuals or the precautions to be taken.

The amount of the fine may be increased, proportionally to the advantages obtained from the breach, to 10% of the average annual turnover based on the last three known annual turnovers at the time of the incident."

a) The materiality of the crime of fraud/deception/deceit

The materiality of the crime of fraud/*deception/deceit* implies both the use of deceptive means and carrying out the actual fraud/deception.

The fraud/deception can pertain to the essential qualities of any merchandise, along with the inherent risks involved by its use and the precautions to be taken.

In this case, it has already been shown that the products presented as vaccines are in reality **gene therapies**.

Therefore, the Government has knowingly employed the misleading term *"vaccines"* instead of using the scientifically correct term "gene therapy", and is developed its communications campaign in this way.

Additionally, the deception has been carried out because most French people do not currently know that the injection that they have planned to get, or not, is in reality, gene therapy.

The Government and the pharmaceutical companies are deceiving the people by passing off a medical product for what it isn't.

c) <u>The intentional element of the crime of fraud/deception/deceit</u>

The intentional element of the crime of fraud/deception/deceit is characterized when an individual is aware of the untrue character/characteristics/false representation that he attributes to the incriminated product.

In this case, the manufacturers of the gene therapy products, being healthcare professionals, cannot not know that these products are not vaccines and that there are dangers associated with them for health of an individual.

In addition, it follows from the developments of the introduction, as shown in points 3 and 4, that the Government is aware that this is not a vaccine but really a gene therapy and knows that potentially disastrous effects are associated with it.

In this case, by using the term *"vaccine"*, the government and the pharmaceutical companies know that they are misleading the population.

As such, Alexandra Henrion-Caude, geneticist and former director of research at the Inserm, stated during an interview published on December 11th, 2020 on the Sputnik France website:

> *"Furthermore, even under the pretext of a health emergency, that so many free people, with no conflicts of interest, no longer believe exists, how dare we play with people's gullibility by using technocratic definitions of words? Ask people what they think a "vaccine" is.* ***<u>They are certainly not going to think to themselves that by getting this injection, their body is going to end up, just like a GMO, inheriting viral genetic information that is going to force their cells to produce its viral protein to create –by way of an auto-immune type reaction– antibodies directed against the cells which will have produced the protein of the virus.</u>***
>
> *The first thing that must be done is to stop using the word 'vaccine', which is being misused in the regulatory texts and* ***<u>establish truly informed consent</u>****."*

Exhibit 16

Since proof of the element of intent has been demonstrated, the crime of deceit is constituted in all its elements.

3. The crime of fraudulent abuse of an individual's lack of information/ignorance or state of weakness

Fraudulent abuse of an individual's lack of information/ignorance or state of weakness is stated in Article 223-15-2 of the Criminal/Penal Code:

> *"The fraudulent abuse of an individual's lack of knowledge/ignorance, whether a minor or a particularly vulnerable person due to age, illness, disability, physical or mental deficiency or pregnancy, is apparent "or known" to the perpetrator, whether it be a person under psychological or physical influence resulting from serious or repeated pressure or techniques used to alter his or her judgment, to lead this minor or this person to an act or an abstention which are gravely/seriously harmful to him."*

a) *Prior conditions of the crime of fraudulent abuse of an individual's lack of knowledge/ignorance or state of weakness*

Article 223-15-2 of the Criminal/Penal Code protected three categories of persons: minors, vulnerable people and people in a state of psychological dependence.

The situation of particular vulnerability can, according to this text, be linked namely to the age of a person, an illness, a disability or a physical or mental/psychological deficiency.

In this case, the strategy developed the High Authority of Health (HAS) and made public on November 30th, 2020 establishes:

> *"In this initial phase during which a very limited number of doses will be available, [some] populations appear as the top priorities due to their vulnerability (age and/or comorbidities) and their increased exposure to the SARS-Cov-2virus:*
>
> *– Residents of establishments for the elderly and residents in long-term care services (EHPAD …) »*

Exhibit 24

In addition, the National Syndicate of Establishments and private residences for the elderly stated in regards to care home/nursing home/retirement home residents (EPHAD, Residential Establishment for the Dependent Elderly):

> "***40 to 60% of residents*** *in retirement homes can no longer make decisions about their health due to severe diseases like Alzheimer's or dementia."*
>
> ***Exhibit 25***

Consequently, the vaccination policy targets first and foremost residents in care homes/nursing homes/retirement homes (EHPAD) who are particularly vulnerable due to their age, illnesses, disabilities and physical and mental/psychological deficiencies.

b) *The material element of the crime of fraudulent abuse of an individual's lack of knowledge/ignorance or state of weakness*

To characterize this crime, it is necessary to prove the fraudulent abuse of an individual's lack of knowledge or state of weakness which leads the person to an act or an abstention which are seriously harmful to him.

The perpetrator must have taken advantage of the lack of knowledge/the ignorance or state of weakness of the person to lead him to an act or an abstention which are seriously harmful to him. The act to which the vulnerable person was led may be material or legal.[6]

The criminalization text does not require that the harm actually be done/be carried out.[7]

In this case, the residents in the care homes/nursing homes/retirement homes (EHPAD), who are particularly vulnerable, find themselves in a situation of weakness that can be abused of so that they consent to the injection of gene therapy products which, as proven above, will cause particularly serious adverse reactions that will affect their health.

c) *The moral element of the crime of abuse of a state of weakness*

In order to characterize the moral element of the crime of abuse of a state of weakness, the perpetrator needs to have had knowledge of the victim's state of ignorance or situation of weakness and to have sought to exploit it in order to obtain from the victim an act or an abstention which he knew to be of a seriously harmful nature.

---

[6] Cass. Crim., Feb. 19, 2014, n°12-87558.
[7] Cass. Crim., Jan. 12, 2000

In this case, "*Phase 1*" of the "*vaccination" plan* will begin in care homes/nursing homes/retirement homes (EHPAD).

Consequently, the state of dependence and weakness of the individuals receiving the doses of the product is known.

Furthermore, as explained above, several studies have shown that gene therapy products, falsely called "*vaccines",* will produce numerous and adverse reactions that the healthcare professionals are aware of but cannot predict.

The crime of abuse of weakness is thus clearly constituted in all its elements.

4. The crime of extortion

The crime of extortion is outlined in Article 312-1 of the Criminal/Penal Code which states:

> *"Extortion is the fact of obtaining through violence, threat of violence or constraint a signature, commitment or renunciation, the disclosure of a secret, or the making of a payment, the obtaining of assets or any type of goods.*
>
> *Extortion is punishable by seven years in prison and a fine of 100,000 euros."*

In addition, Article 312-2 Criminal/Penal Code specifies:

> *"Extortion is punishable by two years in prison and a fine of 150,000 euros:*
> *1. When it is* ***preceded, accompanied or followed by violence/acts of violence on others*** *having caused a total inability to work for 8 or more days;*
> ***2. When it is committed to the detriment of a person whose particular vulnerability, due to his age, illness, disability, physical or mental/psychological deficiency or state of pregnancy, is apparent or known to the perpetrator (…)*** *; »*

a) *On the material element of extortion*

In this case, it seems that the authorities are exerting a moral constraint on the population so that it will agree to be vaccinated.

Firstly, Government is conducting a reign of terror and creating a climate of **fear and guilt** in order to morally force the population to get vaccinated.

In this case, the Health Ministry has produced advertising spots that are particularly guilt-inducing[8].

Exhibit 29

In addition, the President of France has used **wartime vocabulary** in all of his speeches since the beginning of the epidemic.

In his different speeches, he has thus confirmed that "*we are at war*", he has imposed a "*curfew*", he has affirmed that *"the enemy is there, invisible, elusive"*, that the caregivers are *"on the frontline of this combat"*, and so on and so forth.

In addition to this moral pressure based on fear and guilt, another type of pressure consisting of preventing the population that has not been vaccinated against Covid-19 from entering certain public places is being implemented.

Indeed, more and more organizations are speaking of "*a vaccination card*", without which it will be impossible to enter certain public places or to travel.

This is what Christophe BARBIER, former Editor in Chief of *L'Express* declared by affirming:

> ***"If you are not vaccinated, you will no longer be able to go to the restaurant, to the theater, or take a plan… A vaccination certificate will be needed as a pass in society."***

Exhibit 30

This statement has already rung true as airlines have implemented this requirement.

Indeed, the International Air Transport Association (IATA), which represents 290 airlines which handle 82% of air traffic worldwide, issued a press release on November 23rd, 2020 in which it announced:

[8] Health and Solidarity Ministry, advertising:"Continuons d'appliquer les gestes barrières" https://www.youtube.com/watch?v=kHSsIoSZSQI

"The airline industry demands a cost effective, global, and modular solution to safely restart travel. IATA Travel Pass is based on industry standards and IATA's proven experience in managing information flows around complex travel requirements.

- *IATA's Timatic is used by most airlines to manage compliance with passport and visa regulations and will be the base for the global registry and verification of health requirements.*

- *IATA's One ID initiative was endorsed by a resolution at its 75th Annual General Meeting in 2019 to securely facilitate travel processes with a single identity token. It is the base for the IATA Contactless Travel App for identity verification that will also manage the test and vaccination certificates.*

"Our main priority is to get people traveling again safely. In the immediate term that means giving governments confidence that systematic COVID-19 testing can work as a replacement for quarantine requirements. ***And that will eventually develop into a vaccine program****. The IATA Travel Pass is a solution for both. And we have built it using a modular approach based on open source standards to facilitate interoperability. It can be used in combination with other providers or as a standalone end-to-end solution. The most important thing is that it is responsive to industry's needs while enabling a competitive market.* ***The first cross-border IATA Travel Pass pilot is scheduled for later this year and the launch slated for quarter one 2021."***

Exhibit 31

The Government is thus exerting a moral constraint on the population, coupled with a physical constraint consisting of the impossibility to enter certain establishments and to travel.

Additionally, the International Association for A Scientific Independent and Caring Medicine (AIMSTB) stated in its article published on November 29th, 2020 on its website:

"Vaccination will not be compulsory, but ***we can trust the French health authorities not to really leave a free individual choice to the citizens****. This is all the more serious as the new technologies of future vaccines (never used until now) add a lot of uncertainty about the safety and efficacy problems of future vaccines."*

And states in this vein that:

> *"The European Commission has just finished signing six contracts as secret as they are far-reaching with vaccine manufacture for a number of doses corresponding to the complete vaccination* ***1.2 billion individuals!"***

Exhibit 26

Furthermore, if the *"vaccination"* plan initially involves the elderly and people placed in care homes/nursing homes (EPHAD), the judges must take into consideration the victim's person, his age, his physical and intellectual condition and his vulnerability in order to characterize the materiality of the offense.

The elderly, for some among them, lived through a real state of war, such that the vocabulary employed by the President of France recalls their memories of the terror they lived through.

Furthermore, it is these elderly people who spend the most time watching television.

Indeed, according to a survey conducted by *Nielsen* in the United States, people over the age of 50 spend an average of 7 hours a day in front of the television.

Exhibit 32

Therefore, elderly people constitute the prime target audience for these TV spots produced by the Health Ministry which show an elderly woman in intensive care after kissing her grandchildren.

Exhibit 29

Given the amount of vaccines ordered along with the AIMSTB advisory, the vaccination plan does not just involve the elderly and people at risk, but rather the entire population, the majority of which is hesitant to get this *"vaccination"*.

Indeed, the European Commission published a Roadmap for Vaccination in the third quarter of 2019, clearly revealing the hesitancy of the population towards vaccination.

Exhibit 38

Even more conclusive, this same document plans to **institute a common vaccination card for 2022**.

This last element clearly proves that a common vaccination strategy exists and is being imposed on everyone.

Through the use of moral constraint, the Government thus intends to obtain the commitment from the population to be subjected to gene therapy.

b) The intentional element of the crime of extortion

The intentional element of the crime of extortion is characterized *"by the awareness of obtaining by force, violence or other pressure that which would not otherwise be freely consented to."* [9]

In its Roadmap for Vaccination from the third quarter of 2019, the European Commission established that the people of Europe were hesitant about traditional vaccination.

Exhibit 38

At present, it is actually a question of *"gene therapy"*, which has been shown to be new, without a track record and rife with associated risks.

There is thus no doubt, and the recent surveys highlight this, that the people of Europe are even more hesitant regarding this new technique.

Exhibit 12

Having knowledge of this reticence, the Government is using a strategy **aimed at spreading a reign of terror** within the population, and very soon an interdiction to travel and enter public places so as to morally force the population to adopt this gene therapy.

Indeed, given the group of studies conducted and the risks noted, along with the strategy implemented, there is no doubt that the Government was aware that it would not be able to obtain agreement from the population without exerting this moral constraint.

The elements of the crime of extortion have been met.

Additionally, extortion, "*when it is committed to the detriment of a person whose particular vulnerability, due to age, illness, disability, physical or mental deficiency or pregnancy, is apparent or known to the perpetrator, is aggravated.*

In this case, as regards committing this crime, the priority is given to elderly people placed in care homes/nursing homes with comorbidities, meaning that they are suffering from pre-existing illnesses prior to infection.

[9] Crim. January 9, 1991, Bull . Crim. n°17

The Government cannot be unaware of the advanced age and state of illness of these individuals since these very conditions are used to justify their intervention.

All the elements have thus been indentified to constitute the crime of aggravated extortion.

The Public Ministry is hereby asked to open an investigation into the aforementioned facts which constitute the following offenses:

- **The crime of deliberately endangering the life of others**
  Article 223-1 of the Criminal/Penal Code

- **The crime of aggravated deception/fraud/criminal deceit**
  Articles L213-1 and L213-2 of the Consumer Code

- **The crime of *abuse of an individual's state of weakness***
  Article 223-15-2 of the Criminal/Penal Code

- **The crime of aggravated extorsion**
  Article 312-2 of the Criminal/Penal Code

We bring to the attention of the Public Ministry the urgent need to launch a criminal investigation into this matter which is the only way to put an end to the offenses the victims have been subjected to.

The Réaction 19 Association remains at the disposal of the investigators for questioning about these facts so as to provide any and all specifics that could be useful in obtaining the truth of this matter.

Produced in

On

LISTE OF EXHIBITS

1. Article published on the Médiapart website on December 8th, 2020;
2. Article published on the Gala website on December 4th, 2020;
3. Article published on the Tvlibertés website on December 8th, 2020;
4. Article published on the Marseille news.net website on December 9th, 2020;
5. Article published on the France 24 website on September 2nd, 2009;
6. Septembre 2020 CRIIGEN experts report;
7. European regulation 2020/1043 of July 15th, 2020;
8. Article published on the Capital website November 9th, 2020;
9. Report published by Imperial College London dated October 29th, 2020;
10. Video interview with Dr. Didier Raoult published on June 2nd, 2020 (At 09:30)
11. Study published by the US National Library of Medicine, National Institute of Health on July 15th, 2020;
12. Poll published on the BFMTV website on December 9th, 2020;
13. Contract award announcement published on the official website of the European Union on October 19th, 2020;
14. Article published by AIMSTB on December 6th, 2020;
15. Article published on the France Soir website on September 7th, 2020;
16. Article published on the Sputnik News website on December 11th, 2020;
17. Article published on the France Soir website on December 3rd, 2020;
18. Article published on the France Soir website on October 19th, 2020;
19. 1997 Oviedo Convention on Human Rights and Biomedicine
20. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights of October 19th, 2005;
21. Article published on the Capital website on November 15th, 2020;
22. Article published on the Putsch website on December 2nd, 2020;
23. Precautionary principle memo published by Natures Sciences Sociétés in 1995;
24. High Authority of Health recommendation of November 27th, 2020;
25. Article published on the Medisite website on December 10th, 2020;
26. Article published on the AIMSTB website on November 29th, 2020;
27. Scientific Committee Opinion of July 9th, 2020;
28. Article published on the Eurodif website on November 2nd, 2020;
29. Advertisement from the Health Ministry published on YouTube on September 12th, 2020;
30. Article published on the 20 minutes website on November 17th, 2020;
31. Official press release from the IATA association on November 23rd, 2020;

32. Article published on the Yahoo Style website on August 30th, 2019;
33. Article published on the Sud Radio website on November 16th, 2020;
34. Article published on the MesVaccins.net website on November 22nd, 2020;
35. Article published on the AIMSTB website on November 22nd, 2020;
36. Salvetti vs Italie ruling by the ECHR of July 9th, 2002;
37. Memo published by the European Medicines Agency in 2016;
38. Roadmap for Vaccination produced by the European Commission Q3 2019

1/6 נספח מה'

COVID-19 is an emerging, rapidly evolving situation.

Public health information (CDC)

Research information (NIH)

SARS-CoV-2 data (NCBI)

Prevention and treatment information (HHS)

COVID-19 Vaccine and Ovarian Reserve

ClinicalTrials.gov Identifier: NCT04748172

Recruitment Status : Recruiting
First Posted : February 10, 2021
Last Update Posted : February 10, 2021

See **Contacts and Locations**

Sponsor:
Sheba Medical Center

Information provided by (Responsible Party):
Dr. Aya Mohr-Sasson, Sheba Medical Center

Study Description

Go to

Brief Summary:

As Israel is the first country to widely vaccinate its population using the mRNA vaccine against COVID-19, evaluating its influence on ovarian reserve is essential .

Condition or disease	Intervention/treatment
Fertility Issues Vaccine Adverse Reaction	Biological: SARS-CoV-2 virus vaccines Diagnostic Test: AMH sampling

Show detailed description

Study Design

Go to

Study Type :	Observational
Estimated Enrollment :	200 participants
Observational Model:	Case-Control
Time Perspective:	Prospective
Official Title:	The Effect of COVID -19 mRNA Vaccine on Ovarian Reserve
Estimated Study Start Date :	February 2021
Estimated Primary Completion Date :	February 2022
Estimated Study Completion Date :	February 2022

Groups and Cohorts

Go to

Group/Cohort	Intervention/treatment
Study Group: Women who are planning to be vaccinated Women that are planning to be vaccinated, before receiving the first shot of the vaccine	Biological: SARS-CoV-2 virus vaccines mRNA SARS-CoV-2 virus vaccines (By Pfizer or Moderna) Diagnostic Test: AMH sampling Blood sample for AMH on recruitment and after three months

3/6 נספח מה'

Group/Cohort	Intervention/treatment
Control Group: Women who are not planning to be vaccinated Women visiting other ambulatory clinics that are not planning to be vaccinated	Diagnostic Test: AMH sampling Blood sample for AMH on recruitment and after three months

Outcome Measures

Go to

Primary Outcome Measures :

1. Delta in AMH levels [Time Frame: From first vaccination untill the second AMH sampling - after three month]

   AMA levels on recruitment minos AMH levels after three months

Biospecimen Retention: Samples Without DNA
Blood samples evaluated for Anti Mullarian Hormone (AMH)

Eligibility Criteria

Go to

Information from the National Library of Medicine NIH NLM

Choosing to participate in a study is an important personal decision. Talk with your doctor and family members or friends about deciding to join a study. To learn more about this study, you or your doctor may contact the study research staff using the contacts provided below. For general information, Learn About Clinical Studies.

Ages Eligible for Study:	18 Years to 42 Years (Adult)
Sexes Eligible for Study:	Female
Gender Based Eligibility:	Yes
Gender Eligibility Description:	Women in reproductive age
Accepts Healthy Volunteers:	Yes
Sampling Method:	Non-Probability Sample

Study Population

Reproductive age women (age 18 to 42) that are planning to be vaccinated in Israel

Criteria

Inclusion Criteria:

- Age 18-42
- No previous exposure to covid-19 vaccine (first or second dose)
- No known past Covid-19 infection

Exclusion Criteria:

- Premature ovarian failure
- Endometriosis
- Polycystic ovary syndrome
- Pregnancy
- Fertility treatment

Contacts and Locations

Go to

Information from the National Library of Medicine NIH NLM

To learn more about this study, you or your doctor may contact the study research staff using the contact information provided by the sponsor.

Please refer to this study by its ClinicalTrials.gov identifier (NCT number): ***NCT04748172***

Locations

Israel

Sheba Medical Center **Recruiting**
Ramat-Gan, Israel, 56506
Contact: Dr. A Mohr-Sasson, M.D 97235302777 ext 97235302777 mohraya@
Contact: Aya Mohr- Sasson, M.D 0523692906 mohraya@gmail.com

Sponsors and Collaborators

More Information

Go to

Publications of Results:

Anifandis G, Messini CI, Daponte A, Messinis IE. COVID-19 and fertility: a virtual reality. Reprod Biomed Online. 2020 Aug;41(2):157-159. doi: 10.1016/j.rbmo.2020.05.001. Epub 2020 May 8.

Joguet G, Mansuy JM, Matusali G, Hamdi S, Walschaerts M, Pavili L, Guyomard S, Prisant N, Lamarre P, Dejucq-Rainsford N, Pasquier C, Bujan L. Effect of acute Zika virus infection on sperm and virus clearance in body fluids: a prospective observational study. Lancet Infect Dis. 2017 Nov;17(11):1200-1208. doi: 10.1016/S1473-3099(17)30444-9. Epub 2017 Aug 23.

Percivalle E, Zavattoni M, Fausto F, Rovida F. Zika virus isolation from semen. New Microbiol. 2017 Jul;40(3):197-198. Epub 2017 May 17.

Khomich OA, Kochetkov SN, Bartosch B, Ivanov AV. Redox Biology of Respiratory Viral Infections. Viruses. 2018 Jul 26;10(8). pii: E392. doi: 10.3390/v10080392. Review.

Liu M, Chen F, Liu T, Chen F, Liu S, Yang J. The role of oxidative stress in influenza virus infection. Microbes Infect. 2017 Dec;19(12):580-586. doi: 10.1016/j.micinf.2017.08.008. Epub 2017 Sep 14. Review.

Agarwal A, Rana M, Qiu E, AlBunni H, Bui AD, Henkel R. Role of oxidative stress, infection and inflammation in male infertility. Andrologia. 2018 Dec;50(11):e13126. doi: 10.1111/and.13126. Review.

Dutta S, Majzoub A, Agarwal A. Oxidative stress and sperm function: A systematic review on evaluation and management. Arab J Urol. 2019 Apr 24;17(2):87-97. doi: 10.1080/2090598X.2019.1599624. eCollection 2019. Review.

Homa ST, Vassiliou AM, Stone J, Killeen AP, Dawkins A, Xie J, Gould F, Ramsay JWA. A Comparison Between Two Assays for Measuring Seminal Oxidative Stress and their Relationship with Sperm DNA Fragmentation and Semen Parameters. Genes (Basel). 2019 Mar 19;10(3). pii: E236. doi: 10.3390/genes10030236.

Kuhn JH, Li W, Choe H, Farzan M. Angiotensin-converting enzyme 2: a functional receptor for SARS coronavirus. Cell Mol Life Sci. 2004 Nov;61(21):2738-43. Review.

Reis FM, Bouissou DR, Pereira VM, Camargos AF, dos Reis AM, Santos RA. Angiotensin-(1-7), its receptor Mas, and the angiotensin-converting enzyme type 2 are

expressed in the human ovary. Fertil Steril. 2011 Jan;95(1):176-81. doi: 10.1016/j.fertnstert.2010.06.060. Epub 2010 Aug 1.

Wang J, Peng Y, Xu H, Cui Z, Williams RO 3rd. The COVID-19 Vaccine Race: Challenges and Opportunities in Vaccine Formulation. AAPS PharmSciTech. 2020 Aug 5;21(6):225. doi: 10.1208/s12249-020-01744-7. Review.

Vartak A, Sucheck SJ. Recent Advances in Subunit Vaccine Carriers. Vaccines (Basel). 2016 Apr 19;4(2). pii: E12. doi: 10.3390/vaccines4020012. Review.

Responsible Party:	Dr. Aya Mohr-Sasson, Principal Investigator, Sheba Medical Center
ClinicalTrials.gov Identifier:	NCT04748172 History of Changes
Other Study ID Numbers:	8121-21-SMC
First Posted:	February 10, 2021 Key Record Dates
Last Update Posted:	February 10, 2021
Last Verified:	February 2021

Individual Participant Data (IPD) Sharing Statement:

Plan to Share IPD:	Undecided
Plan Description:	On request

Studies a U.S. FDA-regulated Drug Product:	No
Studies a U.S. FDA-regulated Device Product:	No

Keywords provided by Dr. Aya Mohr-Sasson, Sheba Medical Center:

Ovarian reserve
Corona-19 virus
SARS-CoV-2

Additional relevant MeSH terms:

Infertility

1/3 נספח מו'

חיסון לקורונה ופריון הגבר

45 למחקר על חיסון הקורונה ופריון הגבר

מתלבט האם להתחסן לקורונה? שומע מסרים סותרים מכיוונים שונים?

מתוסכל מכך שאין מספיק ידע על השפעות החיסון לטווח ארוך והאם יש השפעה על הפוריות?

האיגודים המקצועיים בארץ ובעולם ממליצים להתחסן, משרד הבריאות מסביר כי אין עדות לפגיעה בפוריות הגבר בעקבות החיסון. למרות זאת, יתכן שנתקלת בשמועות שאינן מבוססות המתפרסמות בציבור וברשת על קשר אפשרי בין החיסון לפריון הגבר.

אם מעניין אותך להיות חלק מתהליך הלמידה וההבנה של השפעת החיסון על פוריות הגבר - הצטרף אלינו למחקר.

מי מתאים למחקר?

אם אתה בן 18-45, ללא בעיות פוריות ידועות, טרם התחסנת ומעונין להתחסן, הינך מוזמן להצטרף למחקר רפואי חשוב המתרחש במרכז הרפואי הדסה הר הצופים.

מטרת המחקר:

2/3 נספח מו'

לבחון השפעה של החיסון על פרמטרים שונים בזרע.
יש צורך במתן דגימות דם וזרע לצורך המחקר.

השתתפות במחקר תסייע בהבנת תחום זה, שבימים אלו מעסיקים את האוכלוסייה המיועדת להתחסן ומידע זה חשוב למבצע החיסונים.
המחקר מנוהל ונערך ביחידת **הפוריות** בהדסה הר הצופים.

איך מצטרפים למחקר:

המחקר מנוהל ונערך ביחידת הפוריות בהדסה הר הצופים.
להצטרפות למחקר יש למלא הטופס בתחתית העמוד ולשלוח אלינו.

לפרטים נוספים ניתן ליצור קשר עם דר' קבסה מאור בטלפון: 050-5942121 או במייל:
maork@hadassah.org.il

יש למלא את כל השדות המסומנים ב-*

* שם מלא

* טלפון

3/3 נספח מו'

* גיל

אני לא רובוט
reCAPTCHA
פרטיות - תנאים

יצירת קשר

מוקד זימון תורים: 02-5842111

מודיעין: 02-677-7111

מייל:
mhazmanot@hadassah.org.il

* דוא"ל

נספח מד' 1/2

	Main Analysis										Sensitivity Analysis when Delaying Censoring of Vaccinated Controls									
	Unvaccinated					Vaccinated					Unvaccinated					Vaccinated				
Time (Days)	Number at Risk	Number of Events	Discrete Time Hazard per 100,000	Number Censored	Cumulative Incidence	Number at Risk	Number of Events	Discrete Time Hazard per 100,000	Number Censored	Cumulative Incidence	Number at Risk	Number of Events	Discrete Time Hazard per 100,000	Number Censored	Cumulative Incidence	Number at Risk	Number of Events	Discrete Time Hazard per 100,000	Number Censored	Cumulative Incidence
42	4310	0	0	2188	0.001	4322	0	0	2197	0.000	5474	0	0	2748	0.001	5486	0	0	2757	0.000
43	2122	0	0	1594	0.001	2125	0	0	1597	0.000	2726	0	0	2017	0.001	2729	0	0	2020	0.000
44	528	0	0	528	0.001	528	0	0	528	0.000	709	0	0	709	0.001	709	0	0	709	0.000
Death due to COVID-19																				
1	596618	0	0	39288	0.000	596618	0	0	39281	0.000	526877	0	0	10993	0.000	526877	0	0	10988	0.000
2	557330	0	0	32778	0.000	557337	0	0	32774	0.000	515884	0	0	9764	0.000	515889	0	0	9760	0.000
3	524552	0	0	27509	0.000	524563	0	0	27498	0.000	506120	0	0	6729	0.000	506129	0	0	6720	0.000
4	497043	0	0	25926	0.000	497065	0	0	25922	0.000	499391	0	0	6962	0.000	499409	0	0	6960	0.000
5	471117	0	0	29797	0.000	471143	0	0	29796	0.000	492429	0	0	12166	0.000	492449	0	0	12164	0.000
6	441320	0	0	26411	0.000	441347	0	0	26409	0.000	480263	0	0	10208	0.000	480285	0	0	10206	0.000
7	414909	1	0	27781	0.000	414938	0	0	27778	0.000	470055	1	0	12299	0.000	470079	0	0	12297	0.000
8	387127	0	0	26988	0.000	387160	0	0	26987	0.000	457755	0	0	14208	0.000	457782	0	0	14208	0.000
9	360139	2	1	24474	0.000	360173	0	0	24468	0.000	443547	2	0	14087	0.000	443574	1	0	14083	0.000
10	335663	0	0	19406	0.000	335705	0	0	19401	0.000	429458	0	0	10736	0.000	429490	0	0	10733	0.000
11	316257	1	0	17100	0.000	316304	1	0	17097	0.000	418722	0	0	9052	0.000	418757	1	0	9048	0.000
12	299156	1	0	18276	0.000	299206	0	0	18271	0.000	409670	2	0	11732	0.000	409708	0	0	11724	0.000
13	280879	0	0	16400	0.000	280935	0	0	16397	0.000	397936	1	0	11118	0.000	397984	0	0	11115	0.000
14	264479	1	0	14804	0.000	264538	1	0	14800	0.000	386817	1	0	9695	0.000	386869	1	0	9691	0.000
15	249674	1	0	12575	0.000	249737	0	0	12570	0.000	377121	1	0	8353	0.000	377177	3	1	8350	0.000
16	237098	3	1	11973	0.000	237167	2	1	11970	0.000	368767	4	1	8323	0.000	368824	2	1	8321	0.000
17	225122	0	0	8851	0.000	225195	0	0	8848	0.000	360440	0	0	5231	0.000	360501	0	0	5229	0.000
18	216271	0	0	8740	0.000	216347	1	0	8740	0.000	355209	1	0	5169	0.000	355272	1	0	5169	0.000
19	207531	3	1	9837	0.000	207606	0	0	9837	0.000	350039	3	1	24537	0.000	350102	0	0	24540	0.000
20	197691	3	2	7738	0.000	197769	0	0	7737	0.000	325499	3	1	19439	0.000	325562	1	0	19438	0.000
21	189950	0	0	6370	0.000	190032	0	0	6368	0.000	306057	1	0	16460	0.000	306123	1	0	16459	0.000
22	183580	2	1	6229	0.000	183664	0	0	6228	0.000	289596	2	1	16199	0.000	289663	0	0	16199	0.000
23	177349	2	1	10199	0.000	177436	1	1	10199	0.000	273395	2	1	20397	0.000	273464	2	1	20397	0.000
24	167148	1	1	14057	0.000	167236	1	1	14058	0.000	252996	2	1	25016	0.000	253065	2	1	25017	0.000
25	153090	1	1	16012	0.000	153177	0	0	16013	0.000	227978	1	0	27309	0.000	228046	0	0	27310	0.000
26	137077	3	2	16391	0.000	137164	0	0	16392	0.000	200668	3	1	25815	0.000	200736	1	0	25812	0.000
27	120683	2	2	10673	0.000	120772	0	0	10671	0.000	174850	2	1	17155	0.000	174923	0	0	17154	0.000
28	110008	0	0	11698	0.000	110101	0	0	11699	0.000	157693	0	0	17984	0.000	157769	1	1	17984	0.000
29	98310	1	1	13842	0.000	98402	0	0	13841	0.000	139709	1	1	20598	0.000	139784	1	1	20593	0.000

נספח מד' 2/2

	Main Analysis										Sensitivity Analysis when Delaying Censoring of Vaccinated Controls									
	Unvaccinated					Vaccinated					Unvaccinated					Vaccinated				
Time (Days)	Number at Risk	Number of Events	Discrete Time Hazard per 100,000	Number Censored	Cumulative Incidence	Number at Risk	Number of Events	Discrete Time Hazard per 100,000	Number Censored	Cumulative Incidence	Number at Risk	Number of Events	Discrete Time Hazard per 100,000	Number Censored	Cumulative Incidence	Number at Risk	Number of Events	Discrete Time Hazard per 100,000	Number Censored	Cumulative Incidence
30	84467	2	2	12503	0.000	84561	2	2	12508	0.000	119110	3	3	17947	0.000	119190	2	2	17950	0.000
31	71962	0	0	6903	0.000	72051	0	0	6905	0.000	101160	1	1	10663	0.000	101238	0	0	10667	0.000
32	65059	0	0	6084	0.000	65146	0	0	6088	0.000	90496	0	0	9199	0.000	90571	0	0	9205	0.000
33	58975	0	0	10704	0.000	59058	0	0	10713	0.000	81297	0	0	14861	0.000	81366	0	0	14868	0.000
34	48271	0	0	9761	0.000	48345	0	0	9770	0.000	66436	0	0	13344	0.000	66498	0	0	13350	0.000
35	38510	0	0	10377	0.000	38575	0	0	10383	0.000	53092	0	0	14166	0.000	53148	0	0	14169	0.000
36	28133	1	4	8569	0.000	28192	0	0	8586	0.000	38926	1	3	11820	0.000	38979	0	0	11836	0.000
37	19563	0	0	5960	0.000	19606	0	0	5974	0.000	27105	0	0	8242	0.000	27143	0	0	8254	0.000
38	13603	1	7	1833	0.000	13632	0	0	1838	0.000	18863	1	5	2496	0.000	18889	0	0	2501	0.000
39	11769	0	0	1889	0.000	11794	0	0	1894	0.000	16366	0	0	2568	0.000	16388	0	0	2571	0.000
40	9880	0	0	2970	0.000	9900	0	0	2977	0.000	13798	0	0	4164	0.000	13817	0	0	4170	0.000
41	6910	0	0	2594	0.000	6923	0	0	2601	0.000	9634	0	0	3556	0.000	9647	0	0	3563	0.000
42	4316	0	0	2193	0.000	4322	0	0	2197	0.000	6078	0	0	3053	0.000	6084	0	0	3057	0.000
43	2123	0	0	1595	0.000	2125	0	0	1597	0.000	3025	0	0	2228	0.000	3027	0	0	2230	0.000
44	528	0	0	528	0.000	528	0	0	528	0.000	797	0	0	797	0.000	797	0	0	797	0.000

מאמר זה התפרסם באתר דוקטורס אונלי https://doctorsonly.co.il

COVID-19

פרופ' ערן דולב עזב את ועדת החיסונים: מתנגד לחיסון נשים בהריון

הרופא המוערך הודיע על פרישתו מהוועדה לאחר שעמדתו נגד חיסון נשים בהריון לא התקבלה | לטענתו, "תרכיב החיסון לא נבדק על ידי שום חברה ולא הוכשר על ידי ה-FDA"

מערכת דוקטורס אונלי 18.03.2021, 10:38

פרופ' ערן דולב. צילום: חדוה רוקח

פרופ' ערן דולב, לשעבר קצין רפואה ראשי בצה"ל, חבר בוועדת תיעדוף החיסונים של משרד הבריאות שקבעה את שלבי מבצע החיסונים - מתי, למי וכיצד יינתנו תרכיבי החיסון לקורונה בישראל - הודיע על פרישתו מהוועדה. הוא הסביר זאת בכך שעמדתו בסוגיית חיסון נשים הרות לא התקבלה ולדבריו, "תרכיב החיסון לא נבדק על ידי שום חברה ולא הוכשר על ידי ה-FDA". על כך דיווח אמש (ד') יואב אבן בחדשות ערוץ 12.

עוד בעניין דומה

מחקר: חיסון "אסטרהזניקה" לא מונע הידבקות בוריאנט הדרום אפריקאי

חג חירות מסוכן - אווירת סוף קורס עלולה להחזיר אותנו אחורנית

מחקר ב"מכבי": יעילות גבוהה לחיסון בקרב נשים בהריון

בדיווח נמסר כי פרופ' דולב, רופא בכיר ומוערך ששימש כקרפ"ר בצה"ל וכיהן גם כיו"ר לשכת האתיקה של הר"י, התחסן בעצמו נגד נגיף הקורונה ואיננו מתנגד חיסונים. אולם, עמדתו נגד חיסון נשים בהריון מוסברת בכך ש"חיסון כזה, באופן ספציפי עבור נשים הרות, לא נבדק בהקשר לכך על ידי שום חברה המייצרת את

2/3 נספח מח'

תרכיבי החיסון, במסגרת ניסוייה השונים על קבוצות הגיל השונות והאוכלוסיות שבסיכון ולא קיבל את אישור ה-FDA לחיסון הריוניות".

פרופ' ערן הסביר עוד, לפי אותו דיווח: "כאשר לא קיבלו את דעתי, כתבתי לד"ר בועז לב, מרכז הוועדה, שאם הוחלט לחסן נשים בהריון, לדעתי חייבים להסביר לכל אישה שבאה לקבל את החיסון שהחיסון לא נבדק ולא אושר על ידי ה-FDA עבורן - ולהחתים כל אישה על טופס הסכמה מדעת".

בניגוד לעמדה שהציג פרופ' דולב, הרוב המוחלט של הרופאים המומחים בארץ ובעולם, גם בתחום רפואת נשים ומיילדות, סבורים כיום שהחיסון נגד קורונה איננו מסוכן לנשים בהריון. המלצת משרד הבריאות עתה היא שנשים הרות צריכות להתחסן בשליש השני והשלישי של ההריון כדי להימנע מסכנת המחלה להן וגם לעובר שברחם.

מומחים ישראלים לרפואת נשים, אם ועובר וטרטולוגיה אף פרסמו בנושא נייר הבהרה ועדכון בהתאם לעמדת ארגון הבריאות העולמי ולפיו "אין מניעה להתחסן בכל שלבי ההריון".

קופות החולים אף הדגישו עניין זה. באתר "לאומית" לציבור הרחב צוין: "נשים הרות נמצאות בסיכון מוגבר לתחלואת קורונה קשה, בהשוואה לבנות גילן שאינן בהריון. על פי המועצה הלאומית לרפואת נשים, נאונטולוגיה וגנטיקה, הנתונים שנאספו מראים על עלייה בסיבוכים נשימתיים הדורשים טיפול נמרץ, בצורך בהנשמה, הפרעות בקרישת הדם וסיכון ללידה מוקדמת או צורך באשפוז של הילוד, אצל נשים בהריון – אם יידבקו בנגיף".

משרד הבריאות, בדומה למרכז לבקרת מחלות האמריקאי (CDC) וארגוני בריאות ורפואת נשים נוספים בארץ ובעולם הכריז על נשים הרות כעל קבוצת סיכון לקורונה וההמלצה להתחסן רלוונטית במיוחד לנשים הרות הנמצאות בחשיפה גבוהה לציבור או לנשים הרות שלהן מחלות רקע.

"לדעת מומחים בארץ ובעולם", נכתב עוד באתר "לאומית", "חיסוני ה-mRNA הם בטיחותיים עבור נשים הרות. פירוק החומר שבתרכיב החיסון וסילוק החומר הפעיל מהגוף מהיר. החומר הפעיל איננו חודר לתוך גרעין התא ואינו משנה את החומר הגנטי והוא אינו יכול לחדור מבעד לשליה ולהגיע לעובר. בכל המחקרים שנערכו עד כה לא נמצא מנגנון ביולוגי המסביר אפשרות כלשהי של פגיעה באם או בעובר, ואצל נשים שחוסנו - ובדיעבד התגלה כי הן בהריון - לא נצפו במהלך ההריון תופעות חריגות".

גם מדענים במכון ויצמן למדע התייחסו לנושא הזה לאחר שבינואר הופיעו דיווחים בתקשורת על כך שארגון הבריאות העולמי המליץ שלא לחסן נשים הרות ומיניקות. "הדיווחים בתקשורת", נכתב באתר מכון דוידסון, הזרוע החינוכית של המכון, "עיוותו את המלצות ה-WHO ובשורה התחתונה: גופי הבריאות בארץ ובחו"ל תמימי דעים כי לא ידוע על סיכון בחיסון לנשים הרות ומניקות בעוד שיש סיכון משמעותי לנשים הרות מהמחלה עצמה ולכן מוטב שיתחסנו".

ארגון הבריאות העולמי פרסם ב-30 בינואר את הדברים הבאים: "למרות שלנשים בהריון סיכון גבוה יותר לתחלואה קשה בקורונה - נאספו עד כה מעט מאד נתוני בטיחות לחיסון נשים בהריון. עם זאת, בהתבסס על כלל הידע הקיים בעניין חיסונים מהסוג הזה, אין לנו שום סיבה לחשוב שצפוי לנשים בהריון סיכון שיעלה על התועלת שבהתחסנות".

3/3 נספח מח'

הדפס

קורונה קורונה בישראל

מחקר חדש קובע: הקורונה לא משפיעה על שיעור התמותה בישראל

על פי העולה ממחקר שפרסמה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, גם בקרב קשישים מעל גילי 70 ו-80 אין שינוי בשיעור התמותה השנתי. בשלושה שבועות בלבד נרשם "עודף תמותה"

משה כהן 03/09/2020 16:26 4 דק' קריאה

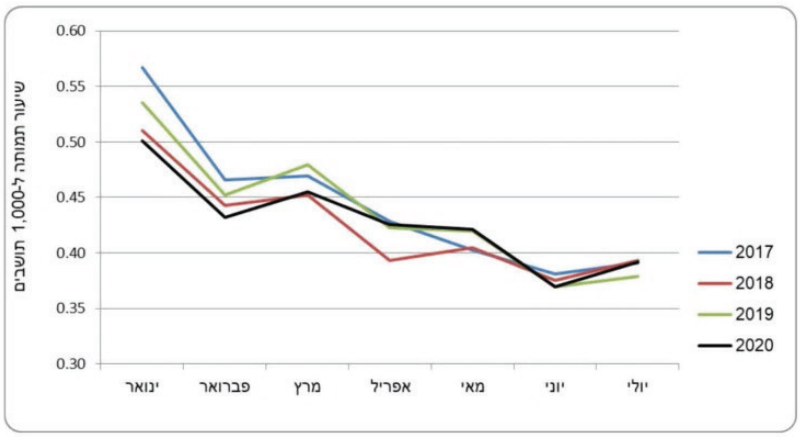
תגיות: תמותה בישראל / קורונה

בדיקת קורונה (צילום: יונתן זינדל, פלאש 90)

בעודנו מתקרבים ל-1,000 נפטרים מנגיף הקורונה, מפרסמת היום (חמישי) הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מחקר חדש, השופך אור חדש על השפעות הנגיף על האוכלוסייה בישראל. לאחר כחצי שנה בה אנו מתמודדים עם הנגיף, ניתן לבחון בצורה טובה האם בעקבות המגיפה נפטרו השנה יותר אנשים במדינת ישראל. התשובה אולי מפתיעה יותר משחשבו רבים.

שאשא ביטון מגבה את פרופ' גמזו

המחקר בוחן את החודשים ינואר- יולי, ולמעשה מרץ- יולי מבחינת המעקב אחר השפעות נגיף הקורונה. המסקנה המרכזית העולה מהמחקר הוא כי לא ניתן להצביע על תמותה עודפת בישראל באופן משמעותי בחודשים מרץ-יולי. בחודשים הראשונים של השנה הייתה התמותה נמוכה במיוחד באופן יחסי, אולם מתחילת המגפה ובמיוחד בחודשים אפריל-יולי, דומה שיעור התמותה לשנים קודמות. בשנת 2020 בחודשים מרץ-יולי נרשם עודף תמותה (פער ביחס לשיעור הממוצע השנתי) של כ-300 נפטרים, מתוך כמות של 19,000 נפטרים בסה"כ.

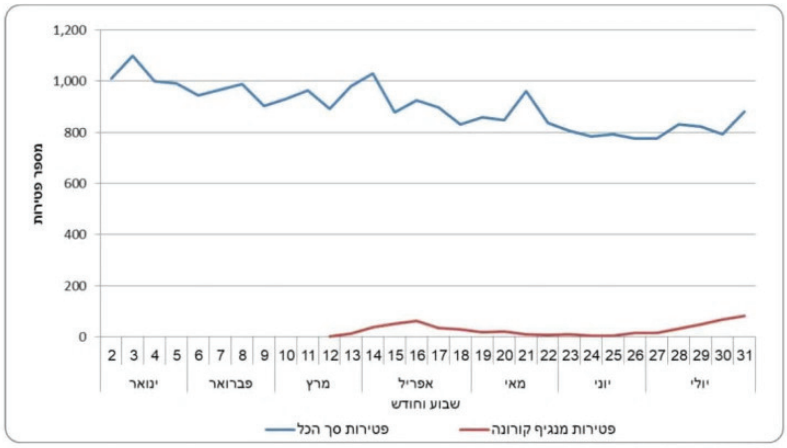


שיעור תמותה גולמי, לפי חודש, ינואר-יולי 2017-2020 (צילום: דוברות הלמ"ס)

מתחילת 2020 עד סוף חודש יולי נפטרו בישראל 27,500 תושבים. בשנת 2019 נפטרו באותם חודשים 27,550 תושבים. בחודשים האלה שיעור התמותה הגולמי, המביא בחשבון את גודל האוכלוסייה, היה ב-2020 מעט יותר נמוך מ-2019 – 3.0 ל-1,000 בני אדם, לעומת 3.1, בהתאמה. בהשוואה של החודשים מרץ עד יולי 2020 לעומת 2019 שיעור התמותה היה כמעט זהה.

על אף רמת התחלואה ההולכת וגדלה בישראל, שיעור התמותה מנגיף הקורונה נמוך יחסית למדינות רבות אחרות. מתוך כ-19,000 נפטרים בישראל בחודשים מרץ-יולי, כ-570 אנשים (כשלושה אחוזים) נפטרו ישירות מנגיף קורונה (לפי נתוני משרד הבריאות). יחד עם הנפטרים באופן ישיר מקורונה, עולה השאלה האם גרם הנגיף לתמותה עודפת היכולה להיגרם, בין היתר, ממקרי קורונה שלא אובחנו, ממחלות אחרות שלא טופלו בזמן, מהימנעות מפנייה לבתי חולים בשל סוגיות רפואיות אחרות ועוד. באנגליה, ארה"ב, ספרד, איטליה, צרפת ומדינות נוספות, אכן דווח על תמותה עודפת בחודשים שחלפו מאז פרוץ המגפה, אולם בישראל ניכרת תמותה עודפת במספר שבועות בודדים בלבד בתקופה זאת.

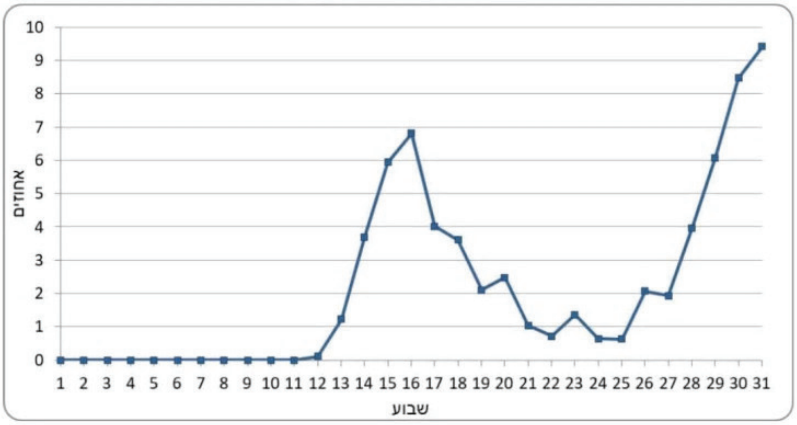
3/4 נספח מט'



* לפי נתוני משרד הבריאות

פטירות - סך הכל ומנגיף קורונה (לפי נתוני משרד הבריאות), לפי שבוע (צילום: דוברות הלמ"ס)

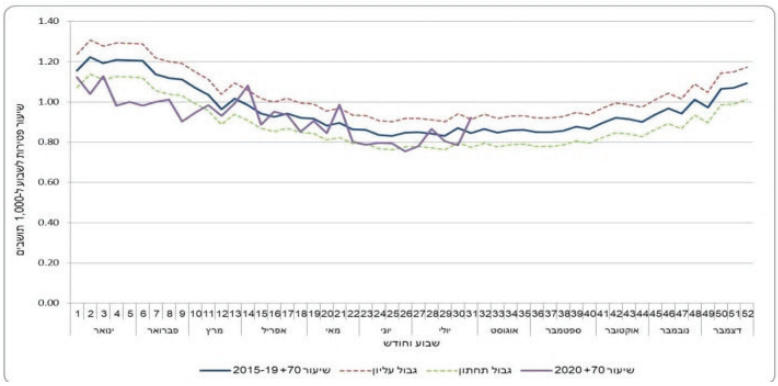
בכל הגילים בישראל, שיעור התמותה היה גבוה מהצפוי בשלושה שבועות בלבד, כולם אחרי פרוץ המגפה. בשבועות אלה היו בסך הכל 306 נפטרים מעבר לממוצע הצפוי. שניים מתוך שלושת השבועות הללו היו בחודש יולי, בעיצומו של גל חום, מה שיכול להשפיע אף הוא על העלייה בנתונים. ארבעה שבועות בסה"כ היו בעלי "תמותה חסרה" (ביחס לממוצע), אולם הם היו לפני פרוץ המגפה, ויכולים ללמד על שפעת החורף החלשה השנה, באופן יחסי.



אחוז הפטירות מנגיף קורונה, לפי שבוע (צילום: דוברות הלמ"ס)

אחת מקבוצות האוכלוסייה בעלת הסיכון הגבוה ביותר להיפגע מנגיף הקורונה היא, כידוע, הקשישים. עד כמה השפיעה הקורונה על שיעור התמותה של קבוצה זאת? כמו ביחס לכל האוכלוסיה, גם בקרב הקשישים מעל גיל 70, היו שלושה שבועות בלבד בהם התמותה הייתה גבוהה באופן מובהק. בשבועות אלו כאמור, נרשם מזג אוויר חם באופן ניכר. מנגד, היו אחד עשר שבועות בהם הייתה התמותה נמוכה מן הצפוי. שבעה מהם היו לפני פרוץ המגפה והשאר אחריו. הסקר קובע כי לא ניתן לומר שבחודשים מרץ-יולי הייתה תמותה גבוהה יותר מהצפוי בקרב גילי 70 ומעלה. בקרב בני ה-80 ומעלה מתקבלת תמונה דומה, עם עודף תמותה קטן מאוד. בשני שבועות בלבד היה עודף תמותה ובשישה היה "חוסר", כולם לפני פרוץ המגפה.

4/4 נספח מט'



שיעור פטירות של בני 70 ומעלה, לפי שבוע, בממוצע 2015-2020 (צילום: דוברות הלמ"ס)

עד לסוף יולי 2020 לא ניתן להצביע על תמותה עודפת משמעותית בישראל, למרות העלייה במספר הנפטרים מקורונה ובשיעורם מתוך סך הנפטרים. בחודשים הראשונים של השנה התמותה הייתה נמוכה במיוחד, אך מתחילת המגפה ובמיוחד בחודשים אפריל עד יולי, התמותה דומה לשנים קודמות, עם תנודתיות בין השבועות. נמצאו שלושה שבועות שבהם התמותה הייתה מעט גבוהה מהצפוי, סך הכל כ-300 נפטרים. ביתר השבועות התמותה קרובה לממוצע ואף נמוכה ממנו.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
Central Bureau of Statistics
دائرة الإحصاء المركزية

מדינת ישראל

הודעה לתקשורת

אתר: www.cbs.gov.il דוא"ל: info@cbs.gov.il פקס: 02-6521340

ירושלים, י"ז בכסלו, תשפ"א
3 בדצמבר, 2020
390/2020

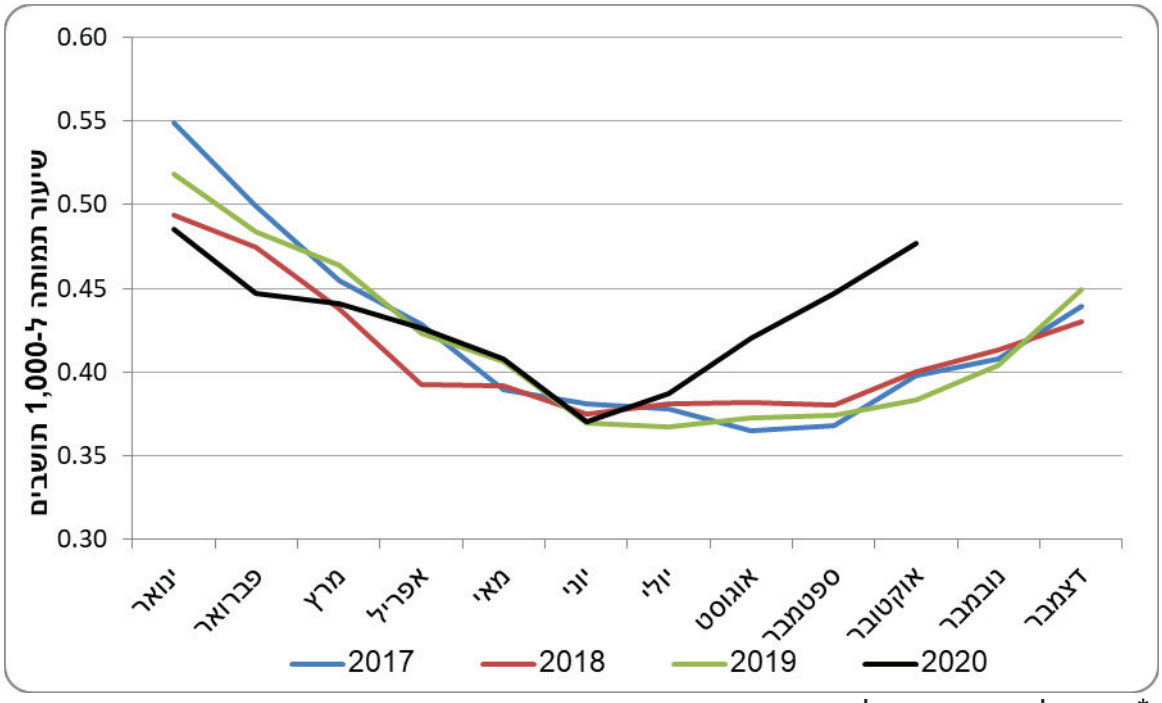
עלייה בסך התמותה בישראל בתקופת הקורונה
נתונים עד סוף אוקטובר 2020
Increased Total Mortality in Israel during Coronavirus Pandemic
Data Until the End of October 2020

- מתחילת 2020 ועד לסוף אוקטובר נפטרו בישראל 40,315 תושבים. בחודשים מרץ–אוקטובר 2020 נפטרו 2,586 תושבים יותר מאשר בחודשים אלו ב-2019 – 9% יותר נפטרים ב-2020. ההבדל לעומת 2019 הוא בעיקר בחודשים אוגוסט-אוקטובר – 2,207 נפטרים, 960 מהם באוקטובר.
- בחודשים הראשונים של 2020 התמותה הייתה נמוכה לעומת השנים הקודמות, בחודשים אפריל-מאי היא הייתה מעט יותר גבוהה ומחודש אוגוסט היא גבוהה יותר באופן משמעותי.
- עד סוף אוקטובר נפטרו מנגיף קורונה 2,537 תושבים. אחוז הנפטרים מנגיף קורונה מסך הנפטרים עלה עם החודשים והגיע באוקטובר ל-21%.
- סך התמותה מסוף מרץ עד סוף אוקטובר גבוה ב-10.4% מהתמותה **הצפויה** ב-2020. כלומר, זהו עודף התמותה בתקופת הקורונה עד סוף חודש אוקטובר.
- עודף התמותה שונה בקבוצות הגיל השונות. עודף התמותה הגבוה ביותר נמצא בקרב בני 70-79 – 17.3%. בקרב בני 80 ומעלה העודף עומד על כ-11%. לעומת זאת, בקרב צעירים עד גיל 19 התמותה ב-2020 נמוכה יחסית לצפוי, ועד גיל 59 העודף קטן מאוד.

כתבה נעמה רותם – תחום בריאות
לקבלת הסברים נא לפנות למרכז למידע סטטיסטי בטל' 02-6592666

מתחילת 2020 עד סוף חודש אוקטובר נפטרו בישראל 40,315 תושבים.[1] בשנת 2019 נפטרו באותם חודשים 38,056 תושבים, הבדל של 2,259 נפטרים. בשלושת החודשים הראשונים של 2020, סך התמותה היה נמוך לעומת שלוש השנים הקודמות (2017-2019), כנראה בשל עונת שפעת מוקדמת שהשפיעה על התמותה בעיקר בסוף 2019 ורק מעט בתחילת 2020. בחודשים אפריל-מאי התמותה הייתה מעט גבוהה לעומת שנים קודמות. אך מחודש יולי, ובמיוחד מאוגוסט התמותה ב-2020 גבוהה יותר באופן משמעותי. בחודש ספטמבר, שיעור התמותה היה גבוה ב-19% משיעור התמותה בחודש זה ב-2019 (וכן מחודש ספטמבר בממוצע שלוש השנים האחרונות), ובחודש אוקטובר השיעור גבוה ב-24% לעומת 2019 (וב-21% לעומת ממוצע 2017-2019).

תרשים 1 - שיעור תמותה לפי חודש*, 2017-2020

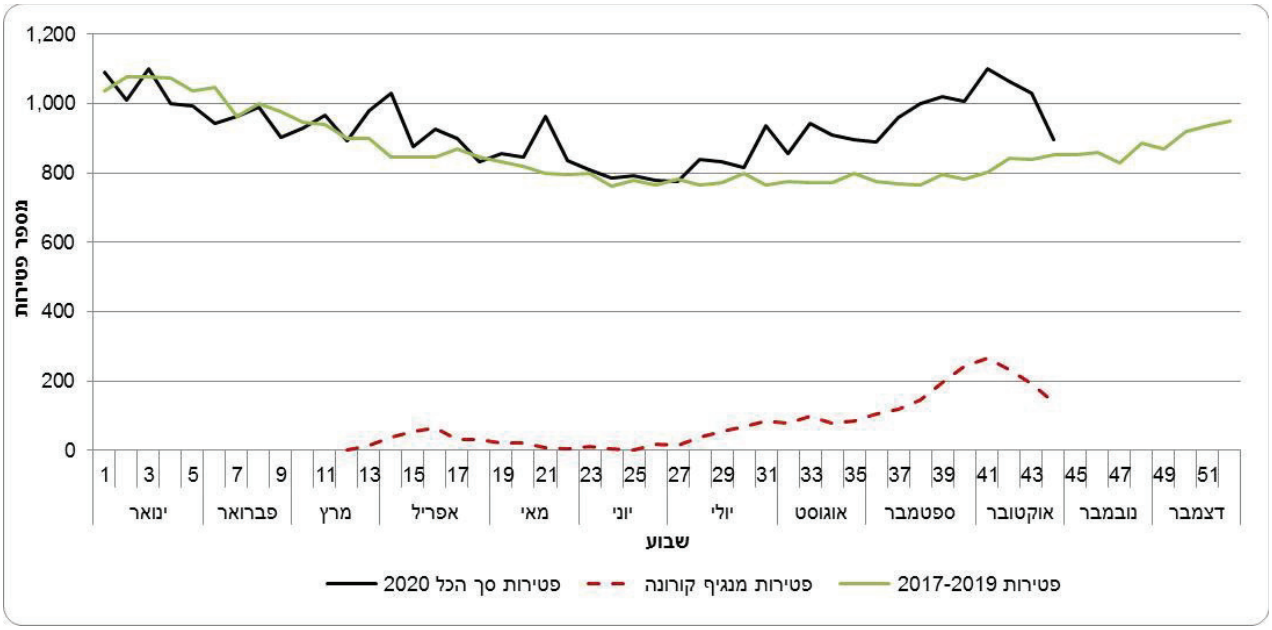


*מתוקן למספר זהה של ימים בחודש

הגידול בתמותה הוא בהיקף קרוב מאוד להיקף התמותה הידועה מנגיף קורונה. מקרי התחלואה הראשונים בנגיף קורונה התגלו בישראל בסוף חודש פברואר 2020. מקרה התמותה הראשון היה ב-20 במרץ. מחודש מרץ עד סוף אוקטובר נפטרו בישראל לפי נתוני משרד הבריאות 2,537 **תושבים** מנגיף קורונה, 6.3% מסך הנפטרים בחודשים אלו. בחודשים הראשונים מאז כניסת נגיף קורונה לישראל, מספר הנפטרים מהנגיף היה נמוך יחסית וכך גם האחוז מסך הנפטרים. ואולם מאמצע יולי אחוז זה נמצא במגמת עלייה, והוא הגיע ל-16%מסך הנפטרים בספטמבר ול-21% באוקטובר. עם זאת, בשבועות האחרונים של אוקטובר חלה ירידה באחוז הנפטרים מקורונה מסך הנפטרים - מ-24% בשבוע הראשון של אוקטובר ל-15% בשבוע האחרון של החודש.

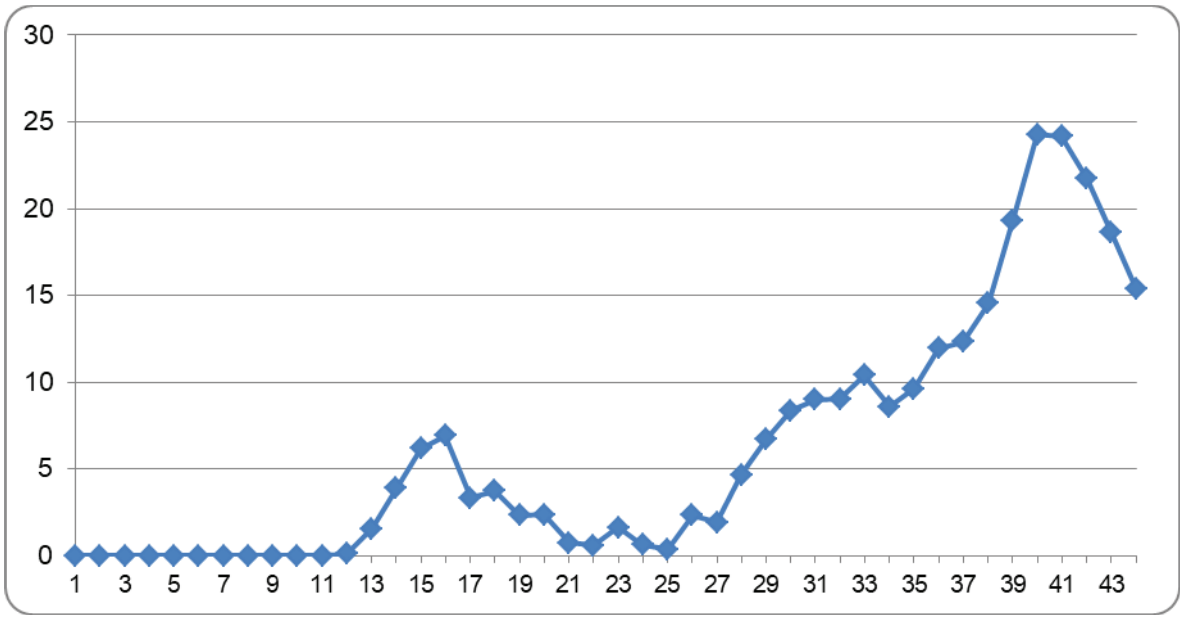
[1] מקור נתוני הפטירות – רשות האוכלוסין וההגירה, מרשם האוכלוסין; נתוני אוקטובר אינם סופיים ועשויים לעלות עוד.

תרשים 2 – פטירות - סך הכל ומנגיף קורונה*, לפי שבוע, 2020



* לפי נתוני משרד הבריאות

תרשים 3 - אחוז נפטרים מנגיף קורונה מסך הנפטרים, לפי שבוע, 2020



פטירות בקרב בני 70 ומעלה

- רוב הנפטרים בשנת 2020 ורוב הנפטרים מקורונה היו בני 70 ומעלה. 76% מכלל הפטירות ב-2020 הן של בני 70 ומעלה.
- בחודשים ינואר-אוקטובר 2020 נפטרו 30,555 בני 70 ומעלה לעומת 28,425 בשנת 2019.
- בחודשים הראשונים של 2020 התמותה של בני 70 ומעלה הייתה נמוכה יחסית לשנים הקודמות, אך מחודש יולי היא גבוהה יותר.
- בחודשים מרץ-אוקטובר נפטרו 24,063 בני 70 ומעלה, לעומת 21,645 בחודשים אלו בשנת 2019, הבדל של 2,418 אנשים. בחודשים אלו נפטרו מנגיף קורונה 2,054 תושבים בני 70 ומעלה – 8.5% מכלל הנפטרים בגיל זה.
- 81% מכלל הנפטרים מנגיף קורונה היו בגיל 70 ומעלה. עם החודשים חלה עלייה באחוז הנפטרים מנגיף קורונה בכלל הנפטרים בגיל 70 ומעלה, והוא הגיע ל-21% בחודש אוקטובר.

פטירות לפי מין

- מכלל הנפטרים בחודשים מרץ-אוקטובר – 51% היו גברים ו-49% - נשים.
- 57% מהנפטרים מנגיף קורונה היו גברים לעומת 43% נשים. שיעור הנפטרים מנגיף קורונה בקרב גברים גבוה יותר מהשיעור המקביל בקרב נשים ב-25% (0.25 ל-1,000 גברים לעומת 0.20 ל-1,000 נשים).
- 9% מהגברים שנפטרו בחודשים מרץ–אוקטובר נפטרו מהנגיף, לעומת 6.9% מהנשים.

פטירות לפי קבוצת אוכלוסייה

- עד סוף אוקטובר נפטרו מנגיף הקורונה 2,076 יהודים ואחרים ו-456 ערבים.
- שיעור התמותה של יהודים ואחרים מהנגיף גבוה פי 1.6 מזה של ערבים, אך ההבדל בשיעורים נובע מכך שהאוכלוסייה היהודית מבוגרת יותר.
- כאשר בוחנים את ההבדל בשיעורים לפי גיל – עד גיל 69 ומעל גיל 70, מגלים ששיעור הנפטרים בקרב ערבים גבוה פי 1.8-1.9 לעומת השיעור בקרב יהודים ואחרים בשתי קבוצות הגיל. בקרב הנפטרים מהנגיף עד גיל 69, 64% הם יהודים (חלקם באוכלוסייה בקבוצת גיל זו הוא 78%) לעומת 88% יהודים בקרב בני 70 ומעלה (חלקם באוכלוסייה הוא 92%).

עודף תמותה

בתקופות של משבר בריאותי, מקובל לבחון האם קיים עודף תמותה. כלומר, האם התמותה מכל הסיבות גבוהה יותר מאשר התמותה שהייתה צפויה בתנאים רגילים. בתקופה של מגפת הקורונה, עודף תמותה הוא מדד מקיף וטוב יותר מהתמותה הישירה מ-COVID-19 לבחינת השפעת המגפה על התמותה. מדידת עודף התמותה מאפשרת להעריך את היקף התמותה מעבר לתמותה הידועה מ-COVID-19, ולכלול תמותה שיכולה לנבוע למשל מפטירות שלא אובחנו בטעות כנובעות מהנגיף או מסיבות אחרות שהושפעו בעקיפין מהמשבר, למשל בשל פנייה מאוחרת לטיפול רפואי. מדד זה עדיף גם להשוואה בין מדינות, בגלל הבדלים בין המדינות במדיניות הבדיקות והאבחון.

עודף תמותה ניתן לחישוב בצורות שונות, להלן יוצגו שתי שיטות:

- P-score - מדד פשוט לחישוב עודף תמותה. הוא המתבסס רק על מספר הפטירות, וכולל חישוב של ההבדל באחוזים בין מספר הפטירות השבועיות ב-2020 לבין המספר הממוצע של הפטירות בשבועות המקבילים בחמש השנים הקודמות (2015-2019).[2] זהו מדד מקובל להשוואה בין מדינות, אך חסרונו הוא בכך שאינו מביא בחשבון את השינויים בגודל האוכלוסייה ובהרכבה ואת מגמת התמותה. חיסרון זה בעייתי במיוחד בגלל שהבדלים **במגמות** בתמותה ובאוכלוסייה (גודל והרכב גילים) בין המדינות, יכולים להיות משמעותיים גם בתקופה של 5 שנים.
- מודל שפותח על ידי קבוצת חוקרים בצוות "אקלים וקורונה" במסגרת ה- **Academia IL Collective Impact: Covid19**. באמצעות המודל אפשר לחשב את ההבדל בין התמותה בישראל בפועל ב-2020 לבין התמותה **הצפויה** בהתחשב במגמת הירידה בתמותה האופיינית לשנים האחרונות ולעלייה בגודל האוכלוסייה והזדקנותה.

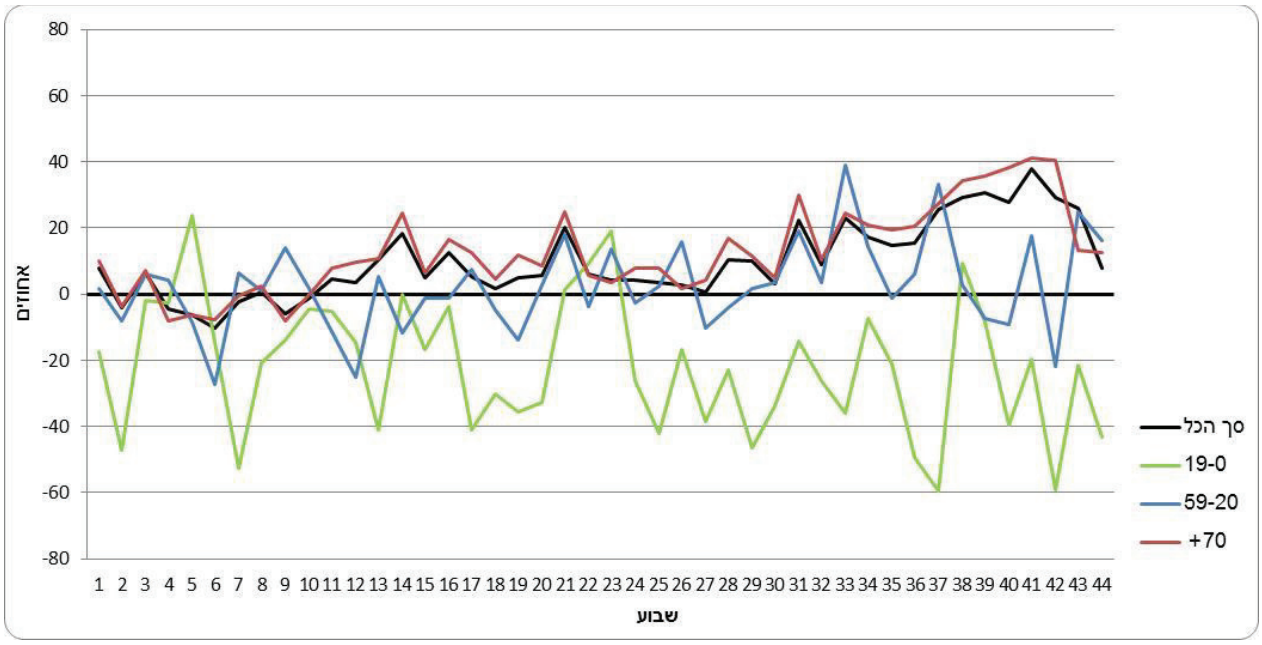
עודף תמותה לפי שיטת P-score

כאשר בוחנים את ההבדל במספר הפטירות ב-2020 לעומת שנים קודמות בשיטת P-score, ניתן לראות את העודף בשבועות 13-16 (19/4/20-13/3/20) – עודף ממוצע של 11.5% ואת העלייה בעודף החל משבוע 31 (סוף יולי). החל משבוע 37 (שהתחיל ב-7/9/20) למעט השבוע האחרון של אוקטובר, העודף בכל השבועות גבוה מ-20%. העודף הממוצע בכל השבועות 13-44 הוא 13.9%.

עם זאת, נמצאו הבדלים לפי גילים. בגיל 0-19 התמותה בכל שנת 2020 נמוכה יותר מהתמותה בשנים קודמות בצורה משמעותית. בגיל 20-59 יש תנודתיות, אך סה"כ התמותה דומה לשנים הקודמות. בגיל 70 ומעלה, בדומה למגמה בכלל האוכלוסייה, קיים עודף ממוצע של 13% בשבועות 13-17. החל משבוע 31 חלה עלייה בעודף, ומשבוע 33 העודף גבוה מ-30%. בשבועיים האחרונים של אוקטובר העודף נמוך יותר.

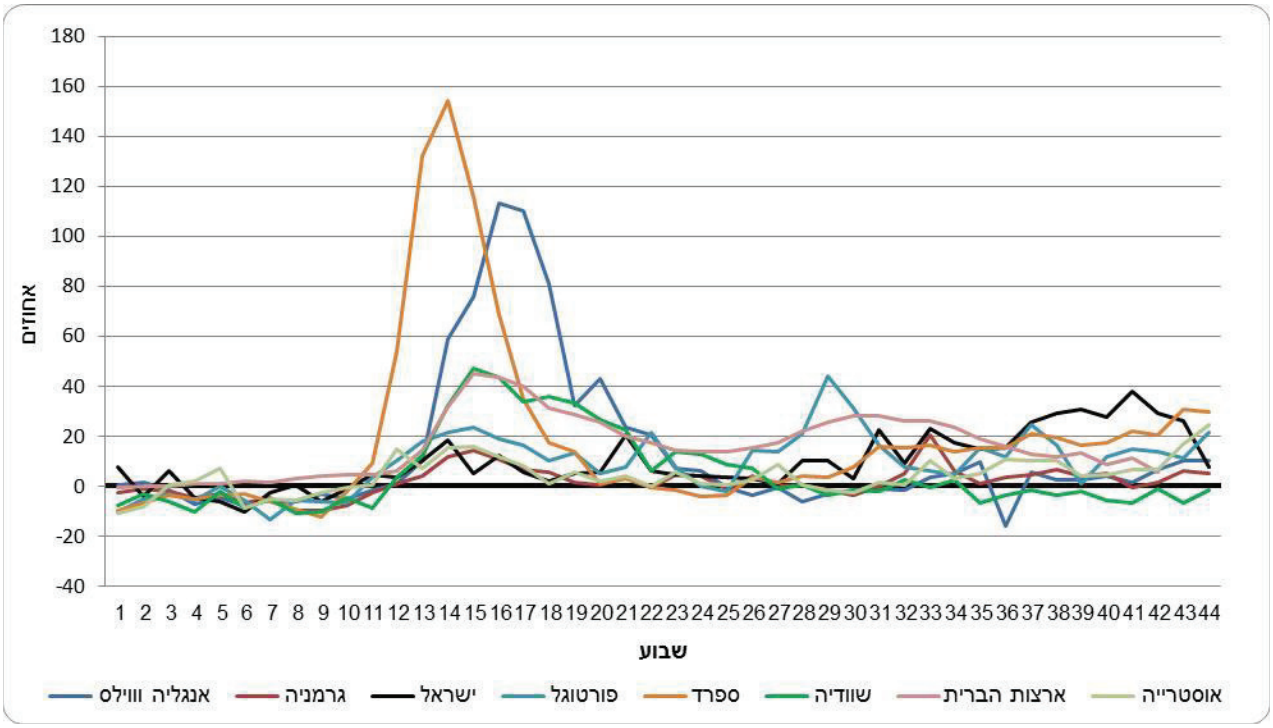
[2] Excess mortality during the Coronavirus pandemic (COVID-19)

תרשים 4 - עודף תמותה בישראל – מספר נפטרים ב-2020 לעומת ממוצע 2019-2015 הבדל באחוזים לפי שבוע ולפי גיל (P-score)



בהשוואה בין ישראל למדינות רבות שחלקן מוצגות בתרשים 5, בולט כי עודף התמותה בישראל בחודשים הראשונים של מגפת הקורונה היה נמוך, אך משבוע 31 (סוף יולי) ובמיוחד משבוע 37 (תחילת ספטמבר) ועד שבוע 42 (אמצע אוקטובר) עודף התמותה בישראל גבוה יותר ממרבית המדינות. בסוף אוקטובר קיימת ירידה בולטת בעודף התמותה בישראל, לעומת כמה מדינות שבהן ישנה עלייה.

תרשים 5 - עודף תמותה בישראל ובמדינות נבחרות - מספר נפטרים ב-2020 לעומת ממוצע 2019-2015 הבדל באחוזים לפי שבוע, בכל הגילים



עודף תמותה לפי המודל של צוות "אקלים וקורונה"

כאמור, מדד ה-P-score המבוסס רק על מספר הפטירות ומשווה אותן למספר הפטירות בשנים קודמות, אינו מביא בחשבון שינויים בגודל האוכלוסייה ובהרכבה, ואינו מתחשב במגמה הקיימת בתמותה. ישראל מאופיינת בגידול אוכלוסייה גבוה יחסית למדינות אחרות, באוכלוסייה מזדקנת (כלומר חלקן של קבוצות הגיל המבוגרות עולה) ובמגמה כללית של ירידה בתמותה לאורך השנים. כדי לבחון באופן מדויק יותר את עודף התמותה בישראל, פותח מודל לחישוב **מספר הנפטרים שהיה צפוי** בשנת 2020 **ללא מגפה** בהתחשב בגורמים אלו, וכן בגורמי אקלים והימצאות שפעת. מספר הפטירות הנצפה הושווה אליו. המודל פותח על ידי קבוצת חוקרים בצוות "אקלים וקורונה", אחת הקבוצות שהוקמו במסגרת - **Academia IL Collective Impact: Covid19**.[3]

המודל[4] מתבסס על הנתונים האלה לשנים 2000-2019:

1. פטירות יומיות לפי שש קבוצות גיל.
2. אומדני אוכלוסייה ממוצעת בכל שנה.
3. נתוני אקלים יומיים מתחנת בית דגן – טמפרטורה - מקסימום ומינימום, קרינה - ממוצע ומקסימום יומי, ערכים מחושבים של לחות מוחלטת ושל נקודת הטל.[5]
4. שיעור הפניות הגולמי בשבוע למרפאות "מכבי שירותי בריאות" בשל תחלואה דמוית שפעת כאינדיקציה לתחלואה בשפעת.

תוצאות המודל מצביעות על כך שמתחילת 2020 עד סוף אוקטובר נצפה עודף תמותה של כמעט 2,300 פטירות (6% לעומת הצפוי). ואולם אם בוחנים את העודף רק לאחר מקרה התמותה הראשון מנגיף קורונה (משבוע 13) עד סוף

---

[3] תשתית אקדמית ייחודית המשותפת לכלל אוניברסיטאות המחקר בישראל שהוקמה לאחר פרוץ מגפת הקורונה ומטרתה להעניק לקובעי מדיניות תשתית מחקרית רלוונטית ואמינה לקבלת החלטות מושכלות
חברי הצוות: פרופ' דוד שטיינברג (אוניברסיטת תל אביב), פרופ' חוה פרץ (אוניברסיטת תל אביב), פרופ' מנפרד גרין (אוניברסיטת חיפה), פרופ' ליטל קינן-בוקר (המרכז לאומי לבקרת מחלות), ד"ר מיכל ביתן (אוניברסיטת תל אביב), אבנר פורשפן (השירות המטאורולוגי) ונעמה רותם (הלמ"ס).

[4] כדי לחקור את דפוסי התמותה היומית (עקומת תמותה יומית בסיסית) והקשר עם הגורמים המסבירים נבנה מודל של רגרסיה פואסונית מסוג GAM (Generalized Additive Model). לכל אחת משש קבוצות הגיל הותאם מודל רגרסיה בנפרד, כאשר המשתנה התלוי היה שיעור התמותה. כדי לבחון מגמות לאורך זמן בשיעורי התמותה הוכנסה השנה הכרונולוגית כמשתנה מסביר. תמותה מתאפיינת על ידי מחזוריות שנתית הדומה לזו של מזג האוויר, עם תמותה גבוהה בחורף ונמוכה בקיץ. מחזוריות זו קשורה לשינויי מזג האוויר ולתופעות התחלואה המתלוות אליהם, אך היא אינה חופפת להם בדיוק ולכן חושב לה מודל בנפרד. מעבר למחזוריות, ייתכנו גם קשרים ממוקדים עם מזג אוויר לא שגרתי, למשל גל חום קיצוני, במיוחד בעונות המעבר, הקשור לתוספת תמותה. לכן, המודל כולל גם אפשרות להשפעות מסוג זה. המודל משקף גם תנודות שבועיות בשיעורי תמותה, עם ירידה ברורה בשבת וירידה מתונה יותר ביום שישי. כדי לנבא את מספר הפטירות הצפוי בשנת 2020, נעשה שימוש במודלים הבסיסיים שנבנו. הניבוי חושב לכל יום ולכל קבוצת גיל. הניבויים היומיים סוכמו כדי לקבל ניבויים שבועיים וכן חושבו רווחי ניבוי ברמת סמך של 95%. בכל שבוע חושב הפער בין הערך הצפוי לערך הנצפה וחושב סיכום תקופתי. ניבויים שבועיים לכלל האוכלוסייה חושבו מסכום הניבויים של כל קבוצות הגיל.

[5] הטמפרטורה שבה מתקרר האוויר בלחץ קבוע ובתכולת אדי מים קבועה עד הגיעו לרוויה, כלומר למצב שבו אדי המים חייבים לעבור עיבוי ולהפוך מגז לנוזל.

8/13 נספח נ'

אוקטובר, העודף המתקבל הוא של מעט יותר מ-2,700 פטירות – 10.4% יותר מהצפוי. יצוין כי כל עודף התמותה ב-2020 הוא לאחר שבוע 13 שכן ב-12 השבועות הראשונים של השנה היה חוסר בתמותה של כ-440 פטירות (3.6%) לעומת הצפוי. משבוע 13 ועד סוף יולי עודף התמותה היה של כ-370 פטירות, כך שמרבית העודף הוא החל בחודשים אוגוסט – ספטמבר.

לוח א - עודף פטירות בכלל התקופה, שבועות 1-44, לפי גיל
(שבוע 1 מתחיל ב-30.12.19, שבוע 44 מתחיל ב-26.10.20)

קבוצת גיל	מספר פטירות צפוי (רווח ניבוי 95%)	מספר פטירות נצפה	עודף פטירות
כלל האוכלוסייה	**38,444 (38,060-38,829)**	**40,741**	***2,297**
19-0	807 (751-864)	638	*-169
59-20	4,003 (3,878-4,127)	4,137	*134
69-60	4,912 (4,774-5,050)	5,093	*181
79-70	7,717 (7,544-7,890)	8,485	*768
89-80	12,781 (12,559-13,003)	13,511	*730
+90	8,224 (8,046-8,402)	8,877	*653

* מובהק סטטיסטית ברמת מובהקות p<0.05

לוח ב- עודף פטירות לפני תחילת התמותה מנגיף קורונה, שבועות 1-12, לפי גיל
(שבוע 1 מתחיל ב-30.12.19, שבוע 12 מתחיל ב-16.3.20)

קבוצת גיל	מספר פטירות צפוי (רווח ניבוי 95%)	מספר פטירות נצפה	עודף פטירות
כלל האוכלוסייה	**12,219 (12,002-12,436)**	**11,779**	***-440**
19-0	241 (210 – 272)	204	*-37
59-20	1,158 (1091 – 1225)	1,153	-5
69-60	1,533 (1,456-1,610)	1,459	-74
79-70	2,464 (2366-2,561)	2,323	*-141
89-80	4,162 (4,035 – 4,289)	3,968	*-194
+90	2,661 (2,559 – 2,762)	2,672	11

* מובהק סטטיסטית ברמת מובהקות p<0.05

לוח ג - עודף פטירות בתקופת הקורונה, שבועות 13-44 לפי גיל
(שבוע 13 מתחיל ב-23.3.20, שבוע 44 מתחיל ב-26.10.20)

קבוצת גיל	מספר פטירות צפוי (רווח ניבוי 95%)	מספר פטירות נצפה	מספר פטירות מנגיף קורונה	עודף פטירות מספר	עודף פטירות אחוז
כלל האוכלוסייה	**26,225 (25,908-26,543)**	**28,962**	**2,537**	***2,737**	**10.4**
19-0	566 (519-614)	434	3	*-132	-23.3
59-20	2,845 (2,740-2,950)	2,984	169	*139	4.9
69-60	3,379 (3,265-3,494)	3,634	309	*255	7.5
79-70	5,253 (5,111-5,396)	6,162	620	*909	17.3
89-80	8,619 (8,436-8,801)	9,543	882	*924	10.7
+90	5,564 (5,417-5,710)	6,205	552	*641	11.5

* מובהק סטטיסטית ברמת מובהקות $p<0.05$

עודף התמותה שונה בקבוצות הגיל השונות והוא קיים בעיקר בקרב בני 70 ומעלה. בתקופת הקורונה (שבועות 13-44), קבוצת הגיל שבה העודף הוא הגדול ביותר היא 70-79 – עודף של 17.3%. בקרב בני 80-89 ו-90 ומעלה העודף גבוה מ-10%. בקרב צעירים עד גיל 20 היה חוסר תמותה גם בתקופת הקורונה (23%).

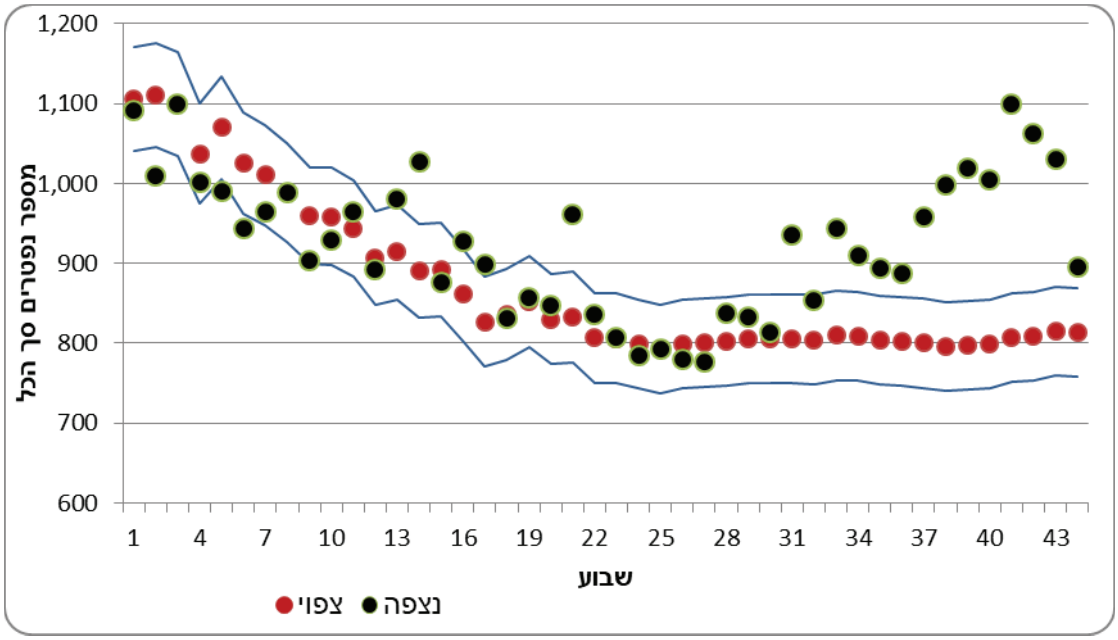
הפטירות מנגיף קורונה מסבירות כמעט את כל עודף התמותה, בכלל הגילים - 94% מהעודף מוסבר על ידי נגיף קורונה. אך גם כאן נמצא הבדל בין קבוצות הגיל:

- עד גיל 69 מספר הנפטרים מנגיף קורונה גדול יותר מעודף הפטירות. נתון זה מרמז על כך שתמותה מסיבות אחרות נמנעה.
- מעל גיל 70 עודף הפטירות גדול יותר ממספר הפטירות הידועות מנגיף קורונה. הסבר אפשרי לנתון זה הוא פטירות מהנגיף שאינן ידועות ו/או מהשפעה עקיפה של המגפה על החמרת התחלואה מסיבות אחרות.

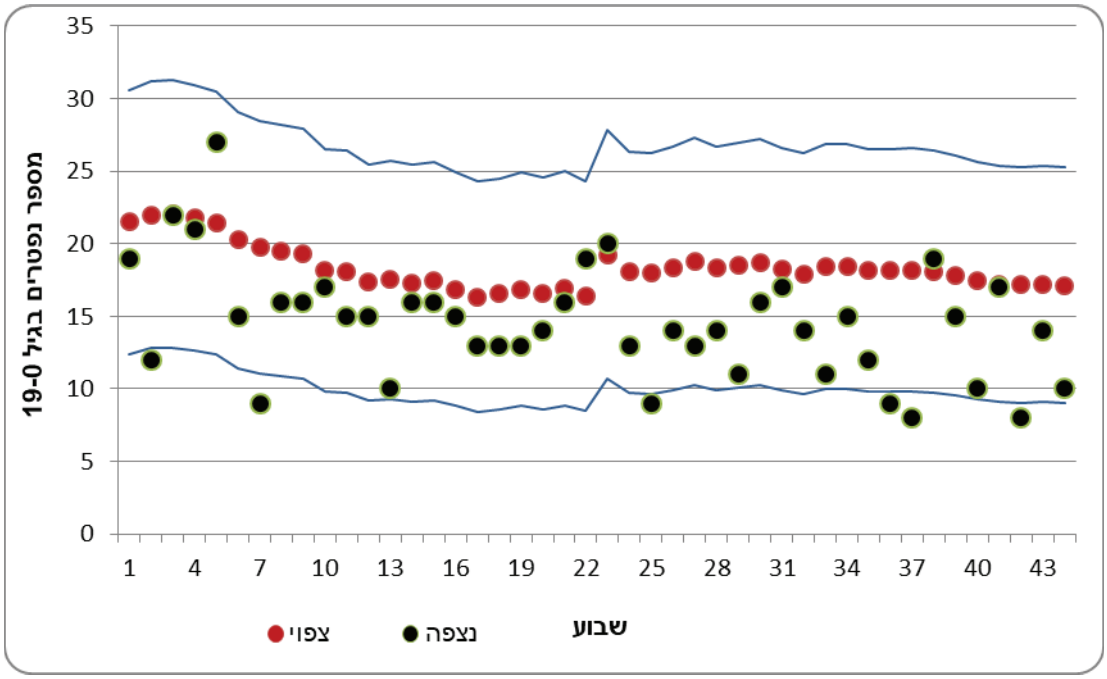
נספח נ' 10/13

מספר פטירות, נצפה וצפוי לפי המודל עם רווחי ניבוי של 95% ב-44 השבועות הראשונים של שנת 2020 (1.11.20-30.12.19), לפי קבוצת גיל

תרשים 6א – מספר פטירות נצפה וצפוי, בכל הגילים

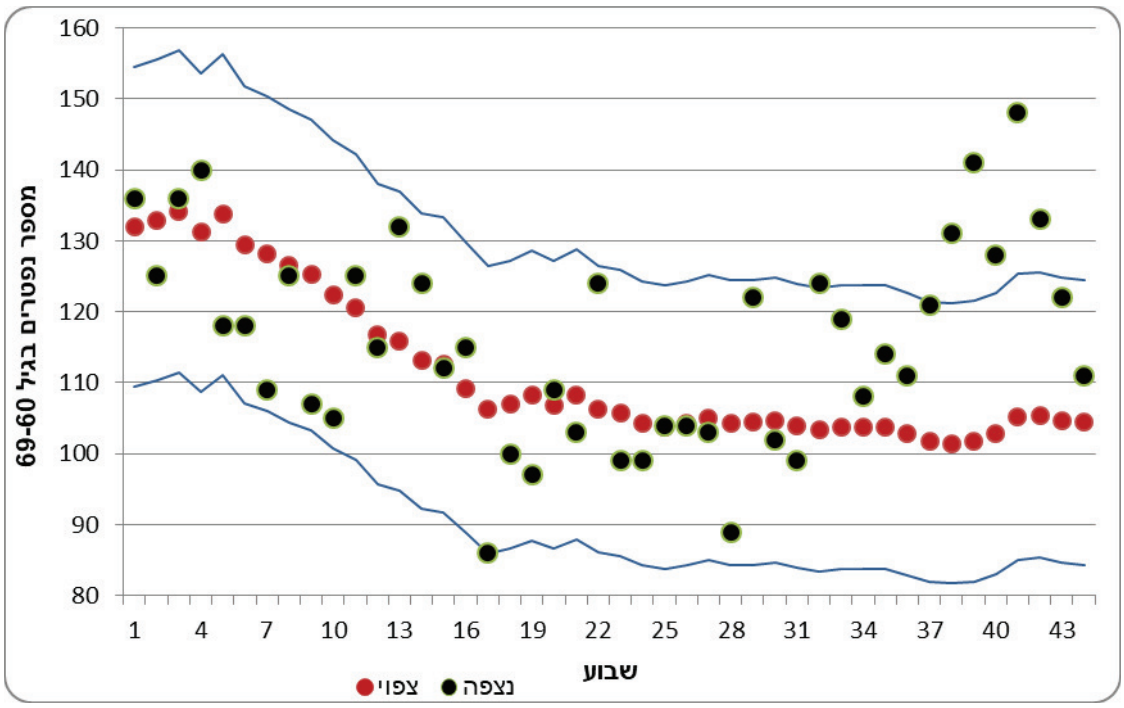


תרשים 6ב – מספר פטירות נצפה וצפוי, בגיל 0-19



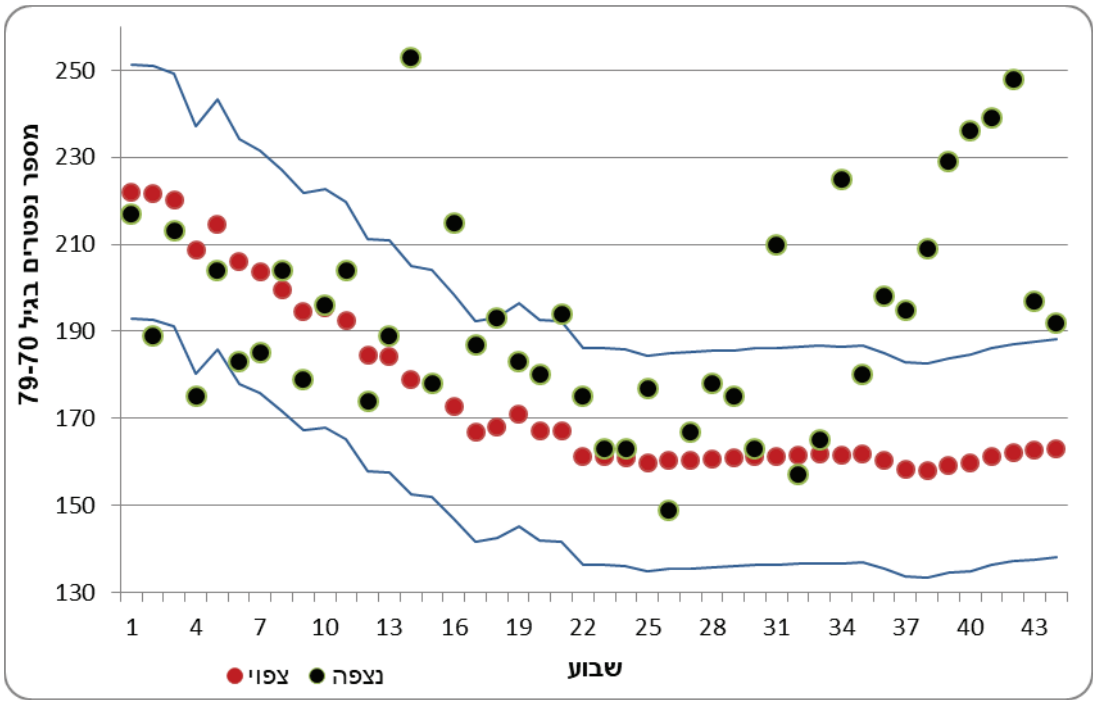
תרשים 6ג – מספר פטירות נצפה וצפוי, בגיל 59-20

תרשים 6ד – מספר פטירות נצפה וצפוי, בגיל 69-60

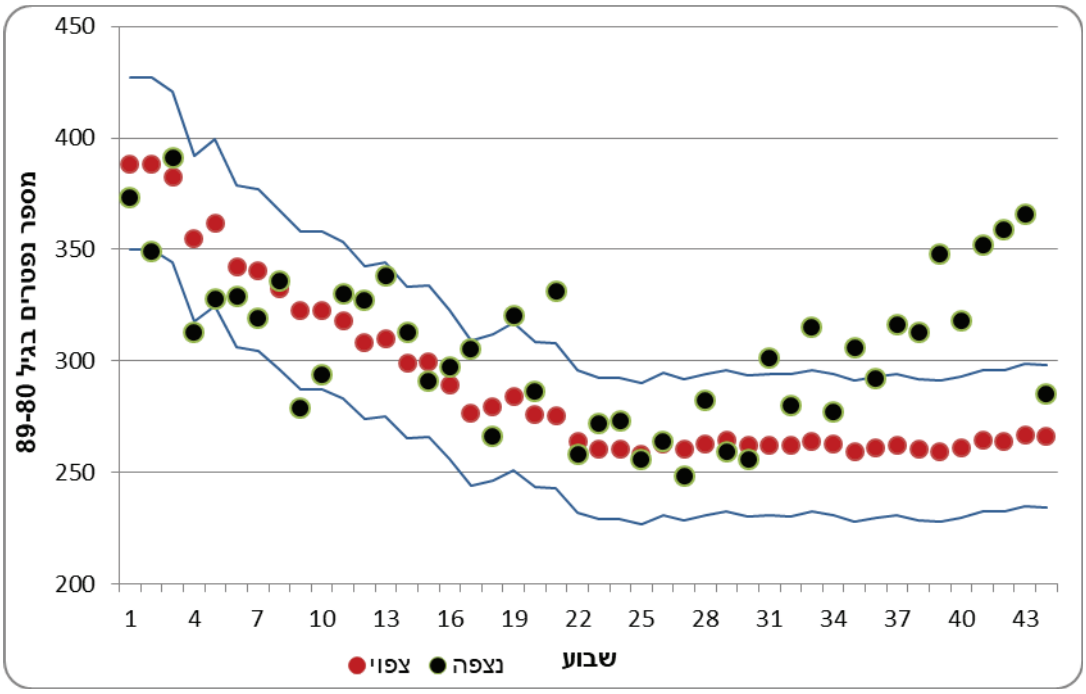


12/13 נספח נ'

תרשים 6ה – מספר פטירות נצפה וצפוי, בגיל 70-79

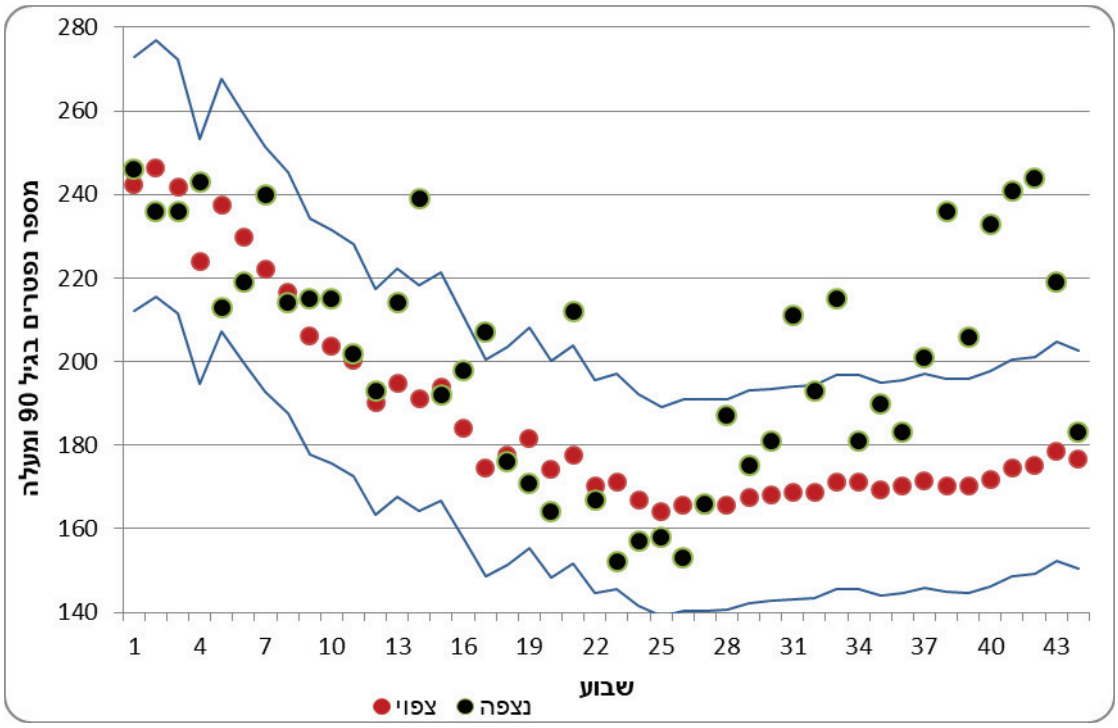


תרשים 6ו – מספר פטירות נצפה וצפוי, בגיל 80-89



נספח נ' 13/13

תרשים 6ז – מספר פטירות נצפה וצפוי, בגיל 90 ומעלה



Randomized Double-Blinded Clinical Trial at Sheba Medical Center: Ivermectin Materially Reduces COVID-19 Viral Shedding

By TrialSite Staff February 13, 2021

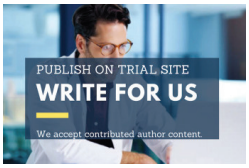
TrialsiteN

eli schwartz ivermectin sheba medical center trialwatch leading

A small but important randomized, double-blinded clinical trial sponsored by a top Israeli principal investigator and infectious disease physician embraced the use of ivermectin as a possible candidate to reduce viral shedding as well as lessen clinical deterioration for a targeted 100 early-onset, mild COVID-19 patients. The director of the Center for Geographic & Tropical Medicine at Sheba Medical Center, Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv, Professor Eli Schwartz, conducted this clinical trial starting in the summer. TrialSite spoke with Professor Schwartz in November, and he was still enrolling patients; however, he was recently able to conclude the study and report on the results on Vimeo. The study's takeaway: ivermectin significantly reduces the viral shedding overall in patients with COVID-19. Moreover, while the patient sample wasn't sufficiently sized, the data did reveal that the drug typically used to treat parasites can reduce infectivity duration. Professor Eli Schwartz concludes that more research is needed to capitalize on this promising drug's potential to significantly impact public health during the pandemic. For example, the drug shows potential to treat COVID-19 patients who, for whatever reasons, cannot get vaccinated; and of course, in the developing world where vaccination may be out into the future. Note that

Further Reading

The UK's Dr. Tess Lawrie Discusses her Ivermectin Meta-Analysis



Write for us - we are expanding our list of external authors

Ivermectin Discussion Goes into Mainstream Media in France but Stops There

JAMA ivermectin study deception of study participants is publicly confirmed

Slovakia Becomes the First EU Nation to Formally Approve Ivermectin for Both

the study results have only been summarized by the Principal investigator and that they must be reviewed by the biomedical scientific community.

TrialSite introduced this important clinical trial originally back on June 15, introducing Dr. Eli Schwartz, the prominent researcher and physician who runs Israel's only tropical medicine institute. *TrialSite* notes that this study A) hasn't been peer-reviewed; B) nor has it been written up and uploaded to pre-print server and that C) it's currently only Professor Schwartz summarizing his findings for the world via *Vimeo* video presentation. *TrialSite* qualifies that this study information cannot be considered complete until the results are reviewed by the scientific community.

Explore Further

Belgian Virologist Proposes a Plan to Eradicate COVID-19 in 6 Weeks Using Ivermectin

Real World Evidence? I-MASK+ Protocol: Ivermectin Key for Prophylaxis and Early Treatment of COVID-19

The Study

Sponsored by Sheba Medical Center and led by Principal Investigator Professor Schwartz, this study investigated the FDA-approved broad-spectrum antiparasitic agent, which also has anti-viral and anti-inflammatory activity. In this randomized controlled trial, the Sheba Medical Center team sought to evaluate the effect of ivermectin on the reduction of viral shedding among mild to moderate COVID-19 patients, as well as the drug's impact on shortening resolution time.

Participants were aged 18 and up, non-pregnant, with molecular confirmation of COVID-19. Note that the patients were eligible in a period of no longer than 72 hours after exposure. In November, TrialSite briefly interviewed Schwartz, who reported difficulty finding all the participants. In Israel, the health authorities had set up hotels for COVID-19 patients to isolate, so the study team was able to find patients ultimately, but the study was delayed due to recruitment challenges.

Initially targeting 100 participants, the study team was ultimately able to recruit 116 patients. However, due to dropouts and admission technicalities, the final study patient count was 49 patients diagnosed with COVID-19 in the ivermectin group of the study and 45 in the placebo group.

Dosages of ivermectin were based on body weight and administered for three days in oral tablet form. The placebo group received as many tablets for as many days. Dosages ranged from 150 to 300 ug/kg per day for three (3) days.

Targeted endpoints included 1) Viral Clearance at Day 6; 2) Viral shedding duration determined by 14 days post-intervention and C) Symptom clearance time (determined until 14 days post-intervention).

Latest Podcasts

Dr. Pierre Kory Talks Covid-19, Ivermectin and the FLCCC | Podcast E43

Alan Cannell talks COVID-19: Nobody Likes Cheap Solutions | Podcast S2 E41

Dr. Negin Hajizadeh: Researchers Finding A Very Effective Treatment For Covid-19 In New Study

An Interview With Patricia Carter: Patient Engagement and Retention in Clinical Trials

Dr. Jean-Jacques Rajter and Dr. Juliana Cepelowicz Rajter Discuss Ivermectin In Broward County | Podcast S2 E 27

The Results

Overall, ivermectin shows promise, improving viral shedding as compared to the placebo group. Note that due to sampling sizes, assessing the key second measure, clinical deterioration, was challenging, but the data generated did point to the need for further study.

Negative Samples at (Ct>30) from initiation of treatment

	Ivermectin (n=49)	Placebo (n=40)	P value
Negative at day 4	15/26 (57%)	7/22 (31%)	0.08
Negative at day 6	33/49 (67%)	20/45 (44%)	0.03
Negative at day 8	39/49 (86%)	25/45 (53%)	0.03
Negative at day 10	40/49 (81%)	27/45 (60%)	0.02

As can be reviewed above, the difference between the ivermectin and placebo group is clearly significant. The P-value is a bit higher in the first data set as there are fewer samples. However, by day 6 of the study, there is a clear difference between the randomized, double-blind ivermectin group and the placebo group. Ivermectin is accelerating the reduction of viral shedding.

Professor Schwartz and team ran a multivariable logistic regression feeding the model with a number of assumptions to conclude that with the adjusted odds ratio of Ct>30 at day 6 for the ivermectin group in the study was 3.37-fold higher than was for the placebo group. The study shows statistically the patient in the ivermectin group has odds more than three times greater than the patient in the placebo group to arrive at a negative reading (no viral shedding). According to Dr. Schwartz, this is highly significant.

Although no patient in the ivermectin group required hospitalization (while two in the placebo group in fact did require hospitalization), the sample size was too small and further research is required.

Conclusion

Dr. Schwartz concluded in his presentation that the data reveals that ivermectin in fact demonstrates anti-SARS-CoV-2 activity reducing the viral shedding period and evidences the reduction of infectivity time. There is an insufficient sample size for measuring disease progression but he concludes that ivermectin could have a significant impact on public health.

This well-known tropical disease research posits that in much of the developing world it will be a long time before mass vaccines occur. He suggests ivermectin could be a significant medicinal tool to help control the pandemic. Isolation periods hamper human productivity. If this period can be reduced, thus freeing up people to go back to work sooner has major implications.

Professor Schwartz reminds all that ivermectin is an incredibly safe drug at known dosages. Hundreds of millions have been treated and the dosages used in the COVID-19 studies chronicled by *TrialSite*, including this one, fall within the range used to target

parasite indications. Note that the dosages may be higher but not substantially, according to Schwartz. No adverse events were observed in this study.

Sheba Medical Center

The largest hospital in Israel, Sheba Medical Center's hospital is ranked the 9th best hospital in the entire world. For more information follow the link.

Lead Research/Investigator

Eli Schwartz, MD

Professor Schwartz, Director of the Center for Geographic Medicine at Sheba Medical Center in Tel-Hashomer Israel introduces the field of travel medicine to Israel. His practice has been recognized by the Ministry of Health of Israel for tropical and travel diseases.

Call to Action: Check out the presentation. Hopefully, Professor Schwartz will upload written results for the preprint server for all to review and ultimately perhaps submit the findings to a peer-review journal. These findings cannot be considered accepted by the world's medical community until they are peer-reviewed and ideally published in a reputable medical or scientific journal.

Source: Vimeo

Intended for healthcare professionals

Rapid response to:

Feature

Will covid-19 vaccines save lives? Current trials aren't designed to tell us

BMJ 2020; 371 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.m4037 (Published 21 October 2020) Cite this as: BMJ 2020;371:m4037

Linked Editorial

Covid-19 vaccine trial protocols released

Read our latest coverage of the coronavirus outbreak

- Article
- Related content
- Article metrics
- Rapid responses
- Response

Rapid Response:

Re: Will covid-19 vaccines save lives? Current trials aren't designed to tell us

Dear Editor,

Trial experiments and protocols set for COVID-19 vaccination did not take into consideration of many direct and indirect consequences of mass vaccination.

Here I would like to bring attention to an urgent and very important issue of its indirect effect. Apart from the direct side effect after vaccination, if any; the secondary effect that might be caused due to mutation of the virus after mass vaccination needs attention too. After the initiation of vaccine programme, almost all countries experienced a sudden surge of transmission and most countries had to impose strict lockdown measures.

Professor Paul Bieniasz from Rockefeller University, USA, expressed his concern that vaccines themselves can also drive viral mutations and hence COVID-19 vaccines can add fuel to the evolution of mutation of Coronavirus. According to him the time between initial vaccination and the time of

second shot to maximize the immune response might serve as a sort of breeding ground for the virus to acquire new mutations [1].

A highly populated country India was having a steady decrease for five months. India did not have any lockdown. Though neighbouring countries Pakistan and Bangladesh experienced the 2nd wave this winter but India did not. India passed major festive seasons where social distancing was very difficult to be maintained, still cases and deaths continued to decline. Surprisingly, vaccination started on 16th January and from around 16th February, India started showing a rise in cases. Now there is a steep rise in deaths too [2]. As India nearly managed the disease without any vaccine or lockdown, it attracted global attention. However, scientists failed to associate any obvious cause for the sudden surge in the recent period when winter passed. India's neighbouring countries Pakistan and Bangladesh also started a rise in cases in recent period, after vaccination started, though they already experienced a 2nd wave last winter.

For Brazil, vaccination started in mid-January and a sharp rise in cases is observed since mid-February. Such a steep rise in deaths in Brazil that happened for the last one month never happened in the whole period of pandemic. It already reached twice the height of previous peaks [3]. Globally, the cases started increasing after 5 weeks of a steady decline and coincidentally, the period of rise matches when major vaccination programmes were initiated worldwide. Some countries are now showing a decline, where lockdown and seasonal temperature are playing strong roles. Even for the UK and Israel, where massive vaccination took place, the total deaths in the last three months after vaccination now reached the overall death of the past 10 months before vaccination [2].

Such observation and analysis raises major worries especially for highly populated developing countries like India, Pakistan, Bangladesh, Brazil and the African continents among others and needs urgent attention.

Reference:

1. https://www.npr.org/sections/health-shots/2021/02/10/965940914/covid-19-...
2. https://www.worldometers.info/coronavirus/
3. https://www.worldometers.info/coronavirus/country/brazil/

Competing interests: No competing interests

22 March 2021
Indrani Roy
Scientist
UCL
London, UK
@indrroy

בריאות

החיסון של פייזר בדרך לישראל? נתניהו והמנכ״ל סיכמו על רכישת 6 מיליון מנות

רה״מ שוחח בטלפון עם מנכ״ל ענקית התרופות האמריקנית וסיכם עמו על רכישת החיסון שמייצרת החברה ונמצא בשלב מתקדם ביותר • לפי הסיכום, ישראל תקבל 6 מיליון חיסונים שאותם מקבלים בשתי מנות • פרטים חדשים על המגעים שהובילו להודעה הדרמטית • גורמים הבקיאים במו״מ ל-N12: ״ישראל הימרה על מודרנה וניהלה מו״מ מאוחר ומביך עם פייזר. מוקדם לשמוח״

ירון אברהם | N12 | פורסם 11/11/20 19:20 | עודכן 12/11/20 08:44


נתניהו מעדכן על השיחה עם מנכ״ל פייזר

החיסון המדובר של פייזר נגד קורונה בדרך לארץ: ראש הממשלה נתניהו שוחח היום (רביעי) עם מנכ"ל חברת פייזר ואמר כי הושגה התקדמות בנוגע לרכישת חיסוני הקורונה שפיתחה החברה, שהוכיחו יעילות של 90%. הערב חשפנו במהדורה המרכזית כי סוכם על רכישת 6 מיליון מנות חיסון.

בשיחה שקיימו הלילה מנכ"ל פייזר אלברט בורלה וראש הממשלה נתניהו סיכמו השניים כי חתימה על הסכם בין ענקית התרופות לישראל תתאפשר כבר בימים הקרובים. המשנה ליועץ המשפטי רועי שיינדורף והיועץ המשפטי של חברת פייזר שוחחו ביניהם בכדי להסיר את החסמים והקשיים הבירוקרטיים שיסייעו לחתימה מהירה על ההסכם.

בשיחה בין נתניהו לבין מנכ"ל החברה שהתקיימה אמש, סוכם על אספקה של שלושה מיליון חיסונים לישראל – למעשה מדובר ב-6 מיליון מנות, אבל כל מתחסן מקבל שתי מנות – כך שלמעשה מדובר בחיסונים עבור 3 מיליון איש.

נתניהו שוחח עם מנכ"ל פייזר לאחר שהמגעים שקיים משרד הבריאות מול החברה, לרכישת כמות נמוכה הרבה יותר של חיסונים (כמה מאות אלפי מנות), לא הבשילו. בין ראש הממשלה למנכ"ל התקיים שיח פתוח, זאת לאחר שהתברר שמדובר ביהודי מסלוניקי שסיפר לנתניהו שנישא בבית הכנסת בעיר היוונית שבו ביקר בעבר ראש הממשלה.

השיחה שהתנהלה בין נתניהו למנכ"ל הייתה ארוכה והוגדרה על ידי נתניהו 'חמה ולבבית'. במהלך השיחה התחייב המנכ"ל לספק לישראל את החיסונים ואפילו עלתה במהלכה הסוגייה המשפטית-ביורוקרטית וההבנה שכל העניין החוזי מורכב מאוד בישראל ביחס למדינות אחרות.


דגימות קורונה. אילוסטרציה | צילום: Yossi Zeliger, פלאש 90

"אני פועל כל הזמן להביא חיסונים לישראל, והיום יש לי בשורה חשובה", הודיע נתניהו, "סיימתי עכשיו שיחה מאוד חמה ולבבית עם אלברט בורלה מנכ"ל חברת פייזר. החברה הודיעה שלשום שהיא פיתחה חיסון נגד הקורונה עם יעילות של 90%. כל העולם רוצה לקבל את התרופות שלה. אנחנו מנהלים איתם משא ומתן".

"ביקשתי לשוחח איתו, הוא מיד נענה", הוסיף נתניהו ואמר: "מתברר שאלברט בורלה מאוד גאה במוצאו היווני ומוצאו היהודי מסלוניקי, והוא אמר לי שהוא מאוד מעריך את טיפוח היחסים בין יוון לישראל, שאני מוביל בשנים האחרונות. אחרי השיחה הזאת, שהייתה מאוד עניינית ומאוד מעשית, אני משוכנע שאנחנו נשלים את החוזה עם חברת פייזר. זאת בשורה מאוד חשובה להבאת חיסונים רבים לכם אזרחי ישראל. שיהיה בהצלחה".

למרות האופטימיות, עדיין עולות שאלות לא מעטות: עד כמה החיסון שפיתחה פייזר באמת יתברר בסוף כיעיל ואם כן, מתי הוא יגיע לישראל – ובאיזו קדימות, כלומר היכן ישראל נמצאת בתור בהשוואה למדינות אחרות.

"הסיפור של נתניהו ומנכ"ל החברה מסלוניקי מרגש, אבל הוא נועד לחפות על מחדל גדול ומתמשך", מסרו הערב גורמים הבקיאים במו"מ עם החברה בתגובה להתפתחויות. "ישראל הימרה על מודרנה וניהלה מו"מ מאוחר ומביך עם פייזר. נקווה שלא נשלם על זה, מוקדם מדיי לשמוח".

ישראל תקבל חלק ממנות החיסון שיוקצו לארצות הברית?

החיסון של פייזר נוסה עד כה ב-43,500 נבדקים ב-6 מדינות - ועד כה לא נמצאו בעיות. פייזר נערכת להגיש אישור חירום מה-FDA (מנהל התרופות האמריקני) לשימוש בחיסון עד סוף החודש הבא, כלומר עד סוף 2020.

ענקית הפארם פייזר היא רק יצרנית אחת מתוך 12 בעולם שנמצאות בשלבים מתקדמים של פיתוח חיסון לקורונה - אך היא הראשונה שמציגה ממצאים כה מעודדים לאחר ניסוי בהיקף כה נרחב.


"החיסון יגיע בקרוב". אילוסטרציה | צילום: רויטרס

החיסון שלה נשען על גישה ניסיונית לחלוטין שכוללת הזרקת חלק מהקוד הגנטי של הנגיף במטרה להכשיר את המערכת החיסונית של הנבדקים. כדי להתחסן יש צורך בקבלת שתי זריקות בהפרש של שלושה שבועות, בפייזר טוענים שלאחר המנה השנייה - החיסון כבר עובד. הנבדקים היו מארה"ב, גרמניה, ברזיל, ארגנטינה, דרום אפריקה ומטורקיה, ובכל המדינות הללו התקבלו תוצאות דומות.

בפייזר מאמינים שהחברה תוכל לספק 50 מיליון מנות עד סוף השנה וכ-1.3 מיליארד עד סוף 2021. כעת כל שנותר הוא שה-FDA, מנהל התרופות האמריקני, יעניק את האישור הנכסף לחיסון. נשיא ארה"ב הנבחר ג'ו ביידן אמר שמדובר ב"חדשות נהדרות", אך אמר כי הוא צופה שייקח חודשים ארוכים עד שיהיה בתפוצה נרחבת.

חיסון לקורונה | חיסון של פייזר

האם הכתבה עניינה אותך?

כן 2157 | לא 86

תגובות 201

אירועים ונאומים

ראש הממשלה נתניהו עם נחיתת המטוס הראשון ועליו החיסונים של חברת פייזר נגד הקורונה בנמל התעופה בן גוריון

ממשלה: הממשלה ה- 35, בנימין נתניהו **תאריך פרסום:** 09.12.2020

© צילום: עמוס בן גרשום, לע"מ

"אני מכהן לא מעט שנים כראש ממשלת ישראל, וזהו אחד הרגעים המרגשים ביותר שעבדתי עליו קשה מאוד, חודשים ארוכים, עם שר הבריאות ואנשי משרדו, כדי להביא מזור ופתרון למגפת הקורונה.

הנה כאן אתם רואים את המלגזה מורידה את החיסונים הראשונים, נביא לכאן מיליוני חיסונים לאזרחי ישראל.

שוחחתי אתמול בערב שיחה שמינית עם מנכ"ל פייזר אלברט בורלה. אני רוצה להודות לו ולצוותו.

אנחנו כאן ביום חג גדול למדינת ישראל. אנחנו רואים את הסוף. צריך עדיין לשמור על הכללים, על המסכות, על הידיים, על המרחק, אבל הסוף נראה לעין. מה שחשוב לי שאזרחי ישראל יתחסנו.

אני מאמין בחיסון הזה. אני מצפה שהוא יקבל את האישורים המתאימים בימים הקרובים ביותר ואני רוצה שאזרחי ישראל יתחסנו, וכדי לעשות זאת אני רוצה לשמש להם דוגמא, ואני מתכוון להיות הראשון שמתחסן בחיסון הזה במדינת ישראל.

אני בטוח שרבים מכם יעשו גם כן. אנחנו רואים את הסוף בקצה המגפה. זהו יום חג לישראל".

עוד מדברי ראש הממשלה נתניהו:

"אני רוצה להפנות את תשומת לבכם לשמש שזורחת, יום שמש נפלא בכל המובנים. זה לא מובן מאליו שמדינת ישראל, מדינה עם תשעה מיליון תושבים, מקבלת את החיסונים בשורה אחת עם המדינות המובילות בעולם. עכשיו אנחנו נדאג שהם יגיעו למרכז האחסון הלוגיסטי הנפלא שלנו, שהוא כמה דקות מכאן, בקירור ובסטנדרטים הרפואיים הגבוהים ביותר בעולם. אנחנו יוצאים לדרך. תודה רבה לכם".

כלכליסט

הבית הלבן לראש ה–FDA: "אשר את החיסון לפייזר עד סוף היום או שתתפטר"

על פי דיווחים בארה"ב, ראש הסגל בבית הלבן מארק מדוז דרש מראש מנהל המזון והתרופות האמריקני לאשר את החיסון של פייזר עד חצות, ולפניו האיץ בו גם הנשיא טראמפ להשלים מיד את הליכי האישור: "תפסיקו לשחק משחקים ותתחילו להציל חיים"

שירות כלכליסט 11.12.20 23:00

ראש הסגל בבית הלבן מארק מדוז פנה לראש מנהל המזון והתרופות האמריקני (FDA) ד"ר סטיבן האן בדרישה לאשר את חיסון פייזר לקורונה עד סוף היום - או שייאלץ להגיש את התפטרותו. כך דווח בכלי התקשורת האמריקניים.

קראו עוד בכלכליסט:

- הוועדה המייעצת של ה-FDA אישרה החיסון של פייזר: "התועלת גדולה מהסיכון"
- החיסונים נחתו בישראל, מה עכשיו?
- ה-FDA: החיסון של פייזר מספק הגנה "חזקה" אחרי קבלת המנה הראשונה

מוקדם יותר גם נשיא ארצות הברית דונלד טראמפ האיץ ב-FDA להשלים מיד את הליכי האישור: "אשרו את החיסונים מיד". הוא פנה בציוץ להאן: "תפסיקו לשחק משחקים ותתחילו להציל חיים". לדברי בכיר בממשל, האמירה של מדוז לא הייתה "קו אדום" אלא ניסיון לזרז את התהליך.

החיסון לקורונה של פייזר צילום: רויטרס

אדם המכיר את הנושא אישר את הפרטים, ואמר כי הנשיא טראמפ התפרץ על ראש ה-FDA כבר לאחר שהחיסון הופץ בבריטניה בתחילת השבוע.

גורם בבית הלבן אמר ל-CNN כי הם אינם מתייחסים לשיחות פוליטיות, אך "המפקד (טראמפ - ש.כ) מבקש בקביעות עדכונים על ההתקדמות לקראת חיסון".

האן עצמו הכחיש את תיאור השיחה עם טראמפ שעליו דווח לראשונה ב"וושינגטון פוסט", אך הידיעה עלולה להעלות שאלות באיזו מידה האינטרסים הפוליטיים של ממשל טראמפ מעורבים בהליך אישור החיסון, מה שעלול לערער את אמון הציבור במהלך.

פאנל המומחים של ה-FDA אישר אתמול בלילה להמליץ לסוכנות להעניק אישור לשימוש חירום לחיסון, וזה צפוי להינתן באופן מיידי.

ועדות מבצע החיסונים

סיכומי ישיבות ועדת המעקב על מבצע החיסונים

12.1.2021 - סיכום ישיבה ראשונה (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-efficacy-safety-follow-up-committee/he/files_publications_corona_meeting-1-12012021.pdf) (מצגת ישיבה ראשונה) (media/30700/meeting-1-presentation.pdf/)

המסמך מפרט בסעיף 5.9 מי בתעדוף וקיבל חיסונים מתחת לגיל 60, בתקופה בה לא היה אישור לחסן אנשים מתחת לגיל 60, למעט קבוצות מסוימות, כגון: צוותים רפואיים, צהל, שב"ס, מטופלים עם פגיעה חמורה במערכת החיסון ואנשים עם פגיעה ראשית חמורה.
המסמך מפרט את המעקב שנעשה עד לתאריך ה-9.1.21.
עד לתאריך 9.1.21 חוסנו 721,864 מתחסנים עד גיל 60 . המהווים כ 41% ו- 1,045,422 מתחסנים מעל גיל 60.
41 אחוז מתוך המתחסנים, היו אנשים צעירים מגיל 60, והשתייכו לקבוצות שהוחרגו ותועדפו לחיסון ע"י ועדת התיעדוף.

27.1.2021 - ישיבה מספר 2, מצגת בנושא תופעות שהופיעו בסמיכות לקבלת חיסון נגד קורונה (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-efficacy-safety-follow-up-committee/he/files_publications_corona_side-effects-after-vaccination.pdf)

9.2.2021 - ישיבה מספר 3, מצגת בנושא תופעות שהופיעו בסמיכות לקבלת חיסון נגד קורונה, נתונים מעודכנים ל-31.1.2021 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-efficacy-safety-follow-up-committee/he/files_publications_corona_side-effects-after-vaccination-31012021.pdf/)

ישיבה מספר 4, מצגת בנושא תופעות שהופיעו בסמיכות לקבלת חיסון נגד קורונה, נתונים מעודכנים ל-10.2.2021 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-efficacy-safety-follow-up-committee/he/files_publications_corona_side-effects-after-vaccination-10022021.pdf/)

ישיבה מספר 5, מצגת בנושא תופעות שהופיעו בסמיכות לקבלת חיסון נגד קורונה, נתונים מעודכנים ל-1.3.2021 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-efficacy-safety-follow-up-committee/he/files_publications_corona_side-effects-after-vaccination-01032021.pdf/)

ישיבות ועדת תעדוף - סיכומים והמלצות

25.11.2020 - סיכום דיון מספר 1 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-25112020.pdf)

3.12.2020 - סיכום דיון מספר 2 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-03122020.pdf)

9.12.2020 - סיכום דיון מספר 3 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-09122020.pdf)

13.12.2020 - סיכום דיון מספר 4 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-13122020.pdf)

19.12.2020 - סיכום דיון מספר 5 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-19122020.pdf)

27.12.2020 - סיכום דיון מספר 6 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-27122020.pdf)

2.1.2021 - סיכום דיון מספר 7 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-02012021.pdf)

7.1.2021 - סיכום דיון מספר 8 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-07012021.pdf)

21.1.2021 - סיכום דיון מספר 9 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-21012021.pdf)

24.1.2021 - סיכום דיון מספר 10 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-24012021.pdf)

4.2.2021 - סיכום דיון מספר 11 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-04022021.pdf), בשיתוף הצוות לטיפול במגיפות

14.2.2021 - סיכום דיון מספר 12 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-14022021.pdf), בשיתוף הצוות לטיפול במגפות

18.2.2021 - סיכום דיון מספר 13 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-18022021.pdf), בשיתוף הצוות לטיפול במגפות

21.2.2021 - סיכום דיון מספר 14 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-21022021.pdf)

צרו קשר

כתובת
ירמיהו 39, ירושלים

דואר אלקטרוני
Call.Habriut@moh.gov.il (mailto:Call.Habriut@moh.gov.il)

טלפון
*5400 (tel:*5400)

מידע נוסף

מידע על קורונה באתר משרד הבריאות (https://go.gov.il/corona)

אתר משרד הבריאות (http://www.health.gov.il)

מבצע החיסונים
-
javascript:void_0
(https://govextra.gov.il/ministry-of-health/covid19-vaccine/covid-19-vaccine-efficacy-safety-follow-up-committee/)

ועדות מבצע החיסונים

סיכומי ישיבות ועדת המעקב על מבצע החיסונים

12.1.2021 - סיכום ישיבה ראשונה (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-efficacy-safety-follow-up-committee/he/files_publications_corona_meeting-1-12012021.pdf). (מצגת ישיבה ראשונה (/media/30700/meeting-1-presentation.pdf)

המסמך מפרט בסעיף 5.9 מי בתעדוף וקיבל חיסונים מתחת לגיל 60, בתקופה בה לא היה אישור לחסן אנשים מתחת לגיל 60, למעט קבוצות מסוימות, כגון: צוותים רפואיים, צהל, שב"ס, מטופלים עם פגיעה חמורה במערכת החיסון ואנשים עם פגיעה ריאתית חמורה.
המסמך מפרט את המעקב שנעשה עד לתאריך ה-9.1.21.
עד לתאריך 9.1.21 חוסנו 721,864 מתחסנים עד גיל 60 . המהווים כ 41% ו- 1,045,422 מתחסנים מעל גיל 60.
41 אחוז מתוך המתחסנים, היו אנשים צעירים מגיל 60, והשתייכו לקבוצות שהוחרגו ותועדפו לחיסון עי ועדת התיעדוף.

27.1.2021 - ישיבה מספר 2, מצגת בנושא תופעות שהופיעו בסמיכות לקבלת חיסון נגד קורונה (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-efficacy-safety-follow-up-committee/he/files_publications_corona_side-effects-after-vaccination.pdf)

9.2.2021 - ישיבה מספר 3, מצגת בנושא תופעות שהופיעו בסמיכות לקבלת חיסון נגד קורונה, נתונים מעודכנים ל-31.1.2021 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-efficacy-safety-follow-up-committee/he/files_publications_corona_side-effects-after-vaccination-31012021.pdf)

ישיבה מספר 4, מצגת בנושא תופעות שהופיעו בסמיכות לקבלת חיסון נגד קורונה, נתונים מעודכנים ל-10.2.2021 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-efficacy-safety-follow-up-committee/he/files_publications_corona_side-effects-after-vaccination-10022021.pdf)

ישיבה מספר 5, מצגת בנושא תופעות שהופיעו בסמיכות לקבלת חיסון נגד קורונה, נתונים מעודכנים ל-1.3.2021 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-efficacy-safety-follow-up-committee/he/files_publications_corona_side-effects-after-vaccination-01032021.pdf)

ישיבות ועדת תעדוף - סיכומים והמלצות

25.11.2020 - סיכום דיון מספר 1 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-25112020.pdf)

3.12.2020 - סיכום דיון מספר 2 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-03122020.pdf)

מבצע החיסונים - javascript:void_0

- סיכום דיון מספר 3 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-(09122020.pdf) - 9.12.2020
- סיכום דיון מספר 4 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-(13122020.pdf) - 13.12.2020
- סיכום דיון מספר 5 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-(19122020.pdf) - 19.12.2020
- סיכום דיון מספר 6 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-(27122020.pdf) - 27.12.2020
- סיכום דיון מספר 7 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-(02012021.pdf) - 2.1.2021
- סיכום דיון מספר 8 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-(07012021.pdf) - 7.1.2021
- סיכום דיון מספר 9 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-(21012021.pdf) - 21.1.2021

פרוטוקול זה הוחלף לאחר שבסעיף בנושא סטטוס החיסונים נפלה טעות שגרמה באופן לא מכוון להטעיה בהבנת העובדות.
אי לכך, הפרוטוקול הקודם **בטל** והמסמך באתר זה מייצג באופן נכון את שהוצג בדיון.
(https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-21012021.pdf)

- סיכום דיון מספר 10 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-(24012021.pdf) - 24.1.2021
- סיכום דיון מספר 11 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-(04022021.pdf), בשיתוף הצוות לטיפול במגיפות - 4.2.2021
- סיכום דיון מספר 12 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-(14022021.pdf), בשיתוף הצוות לטיפול במגפות - 14.2.2021
- סיכום דיון מספר 13 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-(18022021.pdf), בשיתוף הצוות לטיפול במגפות - 18.2.2021
- סיכום דיון מספר 14 (https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-priorities-board/he/files_publications_corona_vaccine-priorities-board-(21022021.pdf) - 21.2.2021

צרו קשר

כתובת

ירמיהו 39, ירושלים

דואר אלקטרוני

Call.Habriut@moh.gov.il (mailto:Call.Habriut@moh.gov.il)

מידע נוסף

מידע על קורונה באתר משרד הבריאות (https://go.gov.il/corona)

אתר משרד הבריאות (http://www.health.gov.il)

טלפון
מנהל הקשרים (tel: 5400) 5400
-
javas
cript:v
oid
_0

אוכלוסיית ישראל בפתחה של שנת 2020

הודעה לתקשורת

לקבלת הסברים נא לפנות למרכז למידע סטטיסטי 02-6592666 info@cbs.gov.il

ג' בטבת, תש"פ
31 דצמבר 2019
413/2019

על פי אומדני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה:

ב-31 לדצמבר 2019 אוכלוסיית ישראל נאמדת בכ-9.136 מיליון תושבים.

6.772 מיליון הם יהודים (74.1% מכלל האוכלוסייה), 1.916 מיליון - ערבים (21.0%) ו-448 אלף - אחרים (4.9%).

במהלך שנת 2019 גדלה אוכלוסיית ישראל ב-1.9%. 78% מהגידול נבע מריבוי טבעי ו-22% ממאזן ההגירה הבין-לאומית.

במהלך השנה נולדו כ-177 אלף תינוקות (74.0% לאימהות יהודיות, 23.2% לערביות ו-2.8% לאחרות).

כ-34 אלף עולים חדשים הגיעו לישראל במהלך שנת 2019.

להודעה המלאה

פתח הכל | סגור הכל

Table S7 – Life Tables using the Kaplan-Meier Approach

The following life tables were used to compute the cumulative incidence curves in the main analysis and in the sensitivity analysis in which censoring of vaccinated controls was delayed (Figure S7, Table S5). These tables are not sufficient to reproduce the VE estimates as these depend on a sub-cohort of matched pairs that were not censored prior to the beginning of the follow-up period of interest.

	Main Analysis										Sensitivity Analysis when Delaying Censoring of Vaccinated Controls									
	Unvaccinated					Vaccinated					Unvaccinated					Vaccinated				
Time (Days)	Number at Risk	Number of Events	Discrete Time Hazard per 100,000	Number Censored	Cumulative Incidence	Number at Risk	Number of Events	Discrete Time Hazard per 100,000	Number Censored	Cumulative Incidence	Number at Risk	Number of Events	Discrete Time Hazard per 100,000	Number Censored	Cumulative Incidence	Number at Risk	Number of Events	Discrete Time Hazard per 100,000	Number Censored	Cumulative Incidence
Documented SARS-CoV-2 Infection																				
1	596618	359	60	39285	0.001	596618	172	29	39274	0.000	526877	324	61	10992	0.001	526877	161	31	10988	0.000
2	556974	367	66	32763	0.001	557172	235	42	32764	0.001	515561	334	65	9750	0.001	515728	200	39	9754	0.001
3	523844	346	66	27489	0.002	524173	313	60	27476	0.001	505477	304	60	6717	0.002	505774	300	59	6717	0.001
4	496009	356	72	25898	0.003	496384	287	58	25893	0.002	498456	332	67	6943	0.003	498757	283	57	6952	0.002
5	469755	332	71	29741	0.003	470204	317	67	29729	0.003	491181	315	64	12117	0.003	491522	311	63	12136	0.002
6	439682	297	68	26333	0.004	440158	292	66	26339	0.003	478749	297	62	10151	0.004	479075	299	62	10182	0.003
7	413052	305	74	27705	0.005	413527	349	84	27668	0.004	468301	327	70	12239	0.004	468594	365	78	12238	0.004
8	385042	278	72	26874	0.005	385510	308	80	26869	0.005	455735	295	65	34229	0.005	455991	347	76	34267	0.005
9	357890	216	60	24338	0.006	358333	291	81	24344	0.006	421211	229	54	30105	0.006	421377	344	82	30134	0.005
10	333336	228	68	19339	0.007	333698	227	68	19313	0.006	390877	253	65	25185	0.006	390899	263	67	25167	0.006
11	313769	251	80	17049	0.008	314158	209	67	17005	0.007	365439	261	71	22369	0.007	365469	232	63	22345	0.007
12	296469	200	67	18147	0.008	296944	184	62	18130	0.008	342809	219	64	23392	0.008	342892	204	59	23363	0.007
13	278122	229	82	16268	0.009	278630	178	64	16272	0.008	319198	239	75	21789	0.008	319325	199	62	21763	0.008
14	261625	207	79	14683	0.010	262180	171	65	14670	0.009	297170	218	73	20096	0.009	297363	174	59	20082	0.009
15	246735	185	75	12471	0.011	247339	109	44	12447	0.009	276856	200	72	16804	0.010	277107	128	46	16748	0.009
16	234079	159	68	11860	0.011	234783	94	40	11863	0.010	259852	167	64	15174	0.010	260231	111	43	15156	0.009
17	222060	153	69	8795	0.012	222826	102	46	8765	0.010	244511	153	63	11660	0.011	244964	114	47	11647	0.010
18	213112	164	77	8665	0.013	213959	72	34	8643	0.011	232698	171	73	10969	0.012	233203	74	32	10936	0.010
19	204283	167	82	9741	0.013	205244	93	45	9723	0.011	221558	175	79	11504	0.013	222193	94	42	11487	0.011
20	194375	158	81	7664	0.014	195428	69	35	7657	0.011	209879	174	83	8950	0.013	210612	76	36	8952	0.011
21	186553	147	79	6316	0.015	187702	52	28	6298	0.012	200755	147	73	7340	0.014	201584	58	29	7316	0.011
22	180090	134	74	6158	0.016	181352	54	30	6151	0.012	193268	142	73	7124	0.015	194210	62	32	7121	0.012
23	173798	105	60	10041	0.016	175147	45	26	10057	0.012	186002	111	60	10903	0.015	187027	48	26	10905	0.012

	Main Analysis										Sensitivity Analysis when Delaying Censoring of Vaccinated Controls									
	Unvaccinated					Vaccinated					Unvaccinated					Vaccinated				
Time (Days)	Number at Risk	Number of Events	Discrete Time Hazard per 100,000	Number Censored	Cumulative Incidence	Number at Risk	Number of Events	Discrete Time Hazard per 100,000	Number Censored	Cumulative Incidence	Number at Risk	Number of Events	Discrete Time Hazard per 100,000	Number Censored	Cumulative Incidence	Number at Risk	Number of Events	Discrete Time Hazard per 100,000	Number Censored	Cumulative Incidence
24	163652	102	62	13852	0.017	165045	40	24	13889	0.012	174988	115	66	14405	0.016	176074	41	23	14429	0.012
25	149698	90	60	15716	0.018	151116	40	26	15801	0.013	160468	87	54	16250	0.017	161604	42	26	16314	0.012
26	133892	88	66	16045	0.018	135275	33	24	16163	0.013	144131	96	67	16415	0.017	145248	31	21	16498	0.013
27	117759	77	65	10473	0.019	119079	34	29	10516	0.013	127620	80	63	10617	0.018	128719	34	26	10674	0.013
28	107209	75	70	11454	0.020	108529	35	32	11516	0.013	116923	80	68	11983	0.019	118011	36	31	12031	0.013
29	95680	56	59	13515	0.020	96978	16	16	13635	0.014	104860	58	55	14331	0.019	105944	15	14	14437	0.013
30	82109	38	46	12187	0.021	83327	10	12	12300	0.014	90471	41	45	12804	0.020	91492	10	11	12889	0.013
31	69884	51	73	6756	0.021	71017	9	13	6804	0.014	77626	51	66	7368	0.020	78593	10	13	7409	0.013
32	63077	40	63	5915	0.022	64204	11	17	6008	0.014	70207	41	58	6526	0.021	71174	13	18	6604	0.014
33	57122	34	60	10391	0.023	58185	2	3	10548	0.014	63640	38	60	11395	0.021	64557	1	2	11523	0.014
34	46697	37	79	9496	0.023	47635	2	4	9604	0.014	52207	37	71	10465	0.022	53033	2	4	10547	0.014
35	37164	22	59	10005	0.024	38029	1	3	10209	0.014	41705	24	58	10978	0.023	42484	2	5	11157	0.014
36	27137	20	74	8283	0.025	27819	1	4	8461	0.014	30703	22	72	9278	0.023	31325	2	6	9435	0.014
37	18834	6	32	5733	0.025	19357	0	0	5895	0.014	21403	8	37	6409	0.024	21888	0	0	6562	0.014
38	13095	4	31	1778	0.025	13462	1	7	1825	0.014	14986	5	33	2036	0.024	15326	1	7	2077	0.014
39	11313	2	18	1828	0.025	11636	2	17	1872	0.014	12945	4	31	2084	0.024	13248	2	15	2120	0.014
40	9483	8	84	2854	0.026	9762	0	0	2942	0.014	10857	8	74	3293	0.025	11126	0	0	3378	0.014
41	6621	3	45	2486	0.027	6820	0	0	2558	0.014	7556	3	40	2833	0.025	7748	0	0	2904	0.014
42	4132	4	97	2092	0.028	4262	0	0	2165	0.014	4720	4	85	2358	0.026	4844	0	0	2430	0.014
43	2036	1	49	1531	0.028	2097	0	0	1576	0.014	2358	1	42	1748	0.027	2414	0	0	1789	0.014
44	504	0	0	504	0.028	521	0	0	521	0.014	609	0	0	609	0.027	625	0	0	625	0.014
Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection																				
1	596618	132	22	39286	0.000	596618	82	14	39278	0.000	526877	123	23	10992	0.000	526877	75	14	10988	0.000
2	557200	145	26	32768	0.000	557258	119	21	32769	0.000	515762	135	26	9755	0.000	515814	99	19	9756	0.000
3	524287	147	28	27499	0.001	524370	123	23	27492	0.001	505872	121	24	6721	0.001	505959	114	23	6719	0.001
4	496641	158	32	25914	0.001	496755	133	27	25909	0.001	499030	150	30	6953	0.001	499126	133	27	6956	0.001
5	470569	128	27	29763	0.001	470713	124	26	29763	0.001	491927	113	23	12132	0.001	492037	116	24	12144	0.001
6	440678	118	27	26367	0.002	440826	127	29	26374	0.001	479682	124	26	10176	0.002	479777	130	27	10190	0.001
7	414193	115	28	27743	0.002	414325	154	37	27726	0.002	469382	118	25	12264	0.002	469457	162	35	12268	0.002
8	386335	118	31	26929	0.002	386445	137	35	26928	0.002	457000	121	26	34324	0.002	457027	145	32	34347	0.002
9	359288	83	23	24402	0.002	359380	120	33	24402	0.002	422555	82	19	30191	0.002	422535	136	32	30207	0.002
10	334803	86	26	19369	0.003	334858	97	29	19363	0.003	392282	99	25	25242	0.002	392192	106	27	25235	0.003
11	315348	111	35	17070	0.003	315398	99	31	17051	0.003	366941	114	31	22417	0.003	366851	110	30	22404	0.003