Nebraska Health & Human Services
Hepatitis Prevention Program
April 2006

Hepatitis C Treatment Clinical Flow Sheet

Patient Name: _____

Patient ID #: _____

Diagnosis: _____ **Genotype:** _____

Gender: ☐ **Male** ☐ **Female** **DOB:** _____ **Phone:** _____

Provider: _____ **Allergies:** _____

Test	Treatment Weeks															Post Treatment F/Up		
	0	1	2	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48	4	12	24
CBC	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
LFT	•			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
TSH	•					•			•			•			•			
AFP	•								•						•			•
B-HCG (♀)	•			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Weight	•			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Depression	•			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Viral Load	•					•			•						•			•

Vaccination	Date	Date	Date
Hepatitis A			
Hepatitis B			

Dose	Date	Date	Date	Date
Ribavirin				
Peg-Interferon				
Consensus-Interferon				

Patient Complaints: (Check All That Apply)

	Treatment Weeks														Post Treatment F/Up		
Complaint	1	2	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48	4	12	24
Fatigue																	
Insomnia																	
Irritability																	
Lack Concentration																	
Depression																	
Nausea																	
Loss Appetite																	
Headaches																	
Muscle Aches																	
Chills																	
Fever																	
Cough																	
Itchy Skin																	
Injection Site Reaction																	
Hair Loss																	