

TREATMENT SELECTION FORM



CANDIDATE #

UNIT #

Office Use Only!!

SESSION

TEST SITE

Candidate Identification Number

A. Patient Selection Evaluation

		Detection Errors Examiner		
		1	2	3
Tooth # <input type="text"/>	M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	L	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tooth # <input type="text"/>	M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	L	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tooth # <input type="text"/>	M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	L	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tooth # <input type="text"/>	M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	L	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tooth # <input type="text"/>	M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	L	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tooth # <input type="text"/>	M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	L	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tooth # <input type="text"/>	M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	L	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tooth # <input type="text"/>	M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	L	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TREATMENT SELECTION APPROVED

EXAMINER #1

TREATMENT SELECTION REJECTED
(Complete Progress Form & Instructions to Candidate)

B. Pocket Depth Measurement Assignment

Tooth #

Tooth #

Tooth #

Tooth #

C. Intra/Extra Oral Examination

A 1 2 3
Head/Face/
Neck/ Lymph
Nodes

lesions, asymmetric swelling, infected facial piercings, palpable nodules, lymph nodes: tenderness, hardness, non-mobility, and/or enlargement

B TMJ

discomfort, audible or palpable symptoms

C Mucosa/
Alveolar
Ridge/Lips

lesions, chemical/physical irritation exostosis, amalgam tattoo, swelling, intraoral piercings, hematoma or palpable nodules

D Tongue

hairy tongue, fissured tongue, loss of papilla, geographic tongue, glossitis, piercings, palpable nodules, lesions

E Floor of Mouth/Palate/Oral
Pharynx

tori, lesions, hematoma, chemical/physical irritation, ankyloglossia, amalgam tattoo

TREATMENT EVALUATION

EXAMINER #1

EXAMINER #2

CAPTAIN #