



Pre-Hospital Trauma Life Support Provider Program Written Evaluation Answer Sheet

Name: _____

Course Number: _____ Date: _____

- | | |
|-------------|-------------|
| 1) A B C D | 26) A B C D |
| 2) A B C D | 27) A B C D |
| 3) A B C D | 28) A B C D |
| 4) A B C D | 29) A B C D |
| 5) A B C D | 30) A B C D |
| 6) A B C D | 31) A B C D |
| 7) A B C D | 32) A B C D |
| 8) A B C D | 33) A B C D |
| 9) A B C D | 34) A B C D |
| 10) A B C D | 35) A B C D |
| 11) A B C D | 36) A B C D |
| 12) A B C D | 37) A B C D |
| 13) A B C D | 38) A B C D |
| 14) A B C D | 39) A B C D |
| 15) A B C D | 40) A B C D |
| 16) A B C D | 41) A B C D |
| 17) A B C D | 42) A B C D |
| 18) A B C D | 43) A B C D |
| 19) A B C D | 44) A B C D |
| 20) A B C D | 45) A B C D |
| 21) A B C D | 46) A B C D |
| 22) A B C D | 47) A B C D |
| 23) A B C D | 48) A B C D |
| 24) A B C D | 49) A B C D |
| 25) A B C D | 50) A B C D |